36 Fälle von Paralysis progressiva.

Inaugural-Dissertation

von

ERNST SURY aus Solothurn,
Assistenzarzt der St. Gallischen Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg.

Druck von Wilhelm Lehmann in Ragaz.

1875.

36 Fälle von Paralysis progressiva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medicinischen Facultät zu Basel

vorgelegt

von

ERNST SURY aus Solothurn,

Concordatsarzt, z. Z. Assistenzarzt der St. Gallischen Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg.

Druck von Wilhelm Lehmann in Ragaz.

1875.

Meinem

hochverehrten Chef-Arzt

Herrn Director Dr H. HENNE

in Hochachtung und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist ein zweifacher: erstens soll sie, eine Sammlung von genauer beschriebenen Krankheitsbildern, den Studirenden und auch den practischen Aerzten als Ergänzung dienen zu den psychiatrischen Lehrbüchern. Ich denke, dieser eine Zweck sei ein wohlberechtigter; denn in der ganzen Medicin gibt es wohl kaum ein Einzelfach, das im allgemeinen Studium so sehr hintangesetzt wird, wie gerade die Psychiatrie, gewiss der schönsten und interessantesten eines. Aber „zum Examen braucht man es nicht". Dieser an und für sich gewiss banale Trostspruch, mit dem ein Examens-Candidat halb geringschätzend auf seinen „Griesinger" herabschaut, erhält leider auch in Wirklichkeit seine trostlose Berechtigung; denn wie ausserordentlich selten wird wohl im Examen auch nur eine einzige psychiatrische Frage gestellt!

Der patentirte Arzt kommt in seine Praxis — in den dunkelsten Gebieten der Heilkunde weiss er Bescheid; er schwelgt zum Beginn seines selbstständigen Handelns im Gefühl seiner Allmacht gegen Typhen, Pneumonien etc., und freut sich in der Hoffnung, auch gegen die seltensten Krankheiten mit den neuesten Mitteln wohlgerüstet dazustehen — aber er vergisst darüber die Nothwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse eines jeden practischen Arztes in mancherlei Beziehungen, vor Allem auch in Bezug auf gerichtlich-medicinische Fälle.

Es ist zu bedauern, wie mancherorts in der Schweiz noch die Maxime herrscht, gerichtlich-medicinischen Fragen über Zurechnungsfähigkeit etc. sowohl im Studium als im Examen auszuweichen.

Gerade diese Fragen treten so oft und mit so grosser Verantwortlichkeit und entscheidender Wichtigkeit an den practischen Arzt heran; ihm, nicht dem Specialisten, kommt es ja zu, sich an

der ersten und oft einzigen Stelle über diese Frage sicher und entscheidend aussprechen zu müssen, so dass nach seinem Ausspruch über das fernere Schicksal eines Menschen abgeurtheilt wird. Wie wenige solcher Entscheidungen kommen im Verhältniss zu ihrer Gesammtzahl dem Fach-Psychiater zur Begutachtung; und wie viele Menschen dagegen, die bei der Begehung ihres Verbrechens krank waren, kommen auf die Erklärung eines sogenannten Sachverständigen hin in's Gefängniss, das sie früher oder später dann nur wieder verlassen, um als unheilbar in eine Irrenanstalt versorgt zu werden.

Bis vor kurzer Zeit gehörte eine psychiatrische Clinik zu den vermeintlichen Luxusbeigaben einer Hochschule; jetzt zwar besitzen die meisten solche; doch immer, mit wenigen Ausnahmen, bleibt diese Clinik m. w. ein Stiefkind gegenüber den andern Cliniken; und dieselbe ist doch vornehmlich dazu bestimmt, der Belehrung die Erfahrung beizugesellen, die an und für sich trokenen Krankheitsbilder der Lehrbücher resp. der theoretischen Vorlesungen in's Leben überzusetzen, und so das Studium zu einem wahrhaft fruchtbaren zu machen; desshalb hat sicherlich eine Arbeit ihre Berechtigung, die durch ausführliche Reproduction wirklicher Krankengeschichten den allgemeinen Symptomatologien der Lehrbücher ein clinisches Relief zu geben sucht.

Es entsteht nun die Frage: Warum gerade die *Paralysis progressiva* zu diesem ersten Versuch gewählt wurde; ob denn gerade diese, als unheilbar verrufene Krankheit auch Wichtigkeit habe für die oben geforderte psychiatrische Bildung der practischen Aerzte?

Diese Frage hat allerdings ihre scheinbare Berechtigung. Die entwickelte *Paralysis progressiva* wird gewiss mit Recht als unheilbar angesehen, aber so sicher diese lethale Prognose für alle Anstaltsfälle sein mag, in Bezug auf die beginnende Krankheit darf sie diess gewiss für viele Fälle nicht sein. Es gibt, es muss ein Anfangsstadium auch dieser Krankheit geben, das heilbar ist und das gewiss auch geheilt werden kann; allerdings wird diess nie zu beweisen sein, weil es eben unmöglich ist, dann schon eine sichere Diagnose zu stellen; aber die Möglichkeit ahnen wird man in vielen Fällen können — und dann heisst es handeln und retten!

Ich möchte dieses erste, in den meisten Fällen sich wieder bessernde Stadium als „geistigen Ermüdungszustand“ bezeichnen.

Es liegen da sicherlich öfters, als man anzunehmen pflegt, wirkliche Veränderungen und Störungen im Gehirnmechanismus, vielleicht immer in den Ernährungsverhältnissen der Rinde vor, die sich unter günstigen Umständen zurückbilden, oder aber den Grund legen zu jener organischen Degenerescenz, welche mit *Simon* und *Schühle* fast alle neuern Bearbeiter der progressiven Paralyse als nothwendige Grundlage ihrer Entstehung annehmen.

Unter den nachfolgenden Fällen finden sich zwar nur sehr wenige Anhaltspunkte für diese allerersten Symptome; aber das genaue Studium all dieser Krankengeschichten möchte doch genügen, eine Aufforderung zu bieten, solchen oft räthselhaften Allgemein-Symptomen entsprechenden Falls mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Denn so schwer auch eine richtige Diagnose hier sein mag, so leicht muss die Möglichkeit einer Heilung sein, und wenn auch in hundert Fällen diese geistigen Ermüdungszustände ohne Therapie schadlos vorüber gehen, so wiegt doch ein einziger Fall einer wirklichen, im Anfangsstadium geheilten progr. Paralyse die in den andern Fällen unnöthig gewesene Mühe und Sorgfalt ohne Zweifel weit auf.

Ein richtiges, allgemein medicinisches Raisonnement mit gehöriger Individualisierung jedes einzelnen Falls muss hier bezüglich der Therapie leicht auf den richtigen Weg führen. Vor Allem gilt es ja, dem Kranken sofortige geistige Ruhe und Erholung zu verschaffen. So einfach und klar diese Indication zu sein scheint, so viel wird dagegen gefehlt. Das Wetter ist noch nicht schön genug; die und die Geschäfte sind noch abzuwickeln — aber darüber wird die kostbare Zeit zur Heilung versäumt.

Doch noch einen andern Punkt von höchster Wichtigkeit darf ich hier nicht unerwähnt lassen, nämlich die Auswahl der einzuleitenden Kurmethode. Hier sind vor Allem die Kaltwasserkuren in grossem Rufe, aber jedenfalls mit sehr zweifelhaftem Rechte; es ist ein alter Erfahrungssatz, der von fast allen jetzigen Psychiatern getheilt wird, dass Kaltwasserkuren das allergefährlichste Regime bei progr. Paralyse seien; bei einer solchen Kur machen alle Fälle dieser Krankheitsform ganz erschreckend rasche Fortschritte. Diese allgemeine Erfahrung findet auch ihre reichliche Stütze in der theoretischen Betrachtung der wahrscheinlich dieser Krankheit zu Grunde liegenden primären, pathologischen

Gehirnzustände. So ungenau bekannt die patholog.-anatomischen Grundlagen der progr. Paralyse bis jetzt auch sind, so viel steht fest, dass dabei chronische Entzündungsvorgänge, namentlich der Hüllen und der Rinde, eine Hauptrolle spielen, jedenfalls also viel eher hyperæmische als anæmische Ernährungsstörungen vorliegen — wie muss da eine Kaltwasserkur wirken? Gewöhnlich kommen dabei Douche und Vollbäder, resp. auch nasskalte Abreibungen zur Verwendung — diese plötzlichen Abkühlungen der äussern Haut müssen jedenfalls ebenso plötzliche Hyperæmien der innern Organe, vor allem auch des Gehirns hervorrufen; und wenn auch bald darauf in Folge der Erschlaffung der peripherischen Capillaren die Hauptmasse des Bluts wieder dorthin abgezogen wird, so kann doch eben ein und zwar sehr gefährlicher Effect der plötzlichen Hirnhyperæmie, die ja ohnehin zu einer schon bestehenden hinzugetreten ist, zurückbleiben — eine vermehrte Drucksteigerung in den Hirncapillaren und die darauf beruhenden Folgen; wie nahe liegt noch die Vermuthung, dass bei weiter fortgeschrittener Paralyse gerade durch solche therapeutische Eingriffe die paralytischen Anfälle hervorgerufen, oder wenigstens begünstigt werden.

So segensreich die Kaltwasserkuren für viele andere Krankheitsformen, vor Allem für allgemein-anæmische Zustände sind, so ist doch gerade die progr. Paralyse oder auch nur irgend ein Verdacht auf diese Krankheit, eine absolute Contraindication für dieselben.

Wenn man auch auf eine prophylactische Behandlung denken wollte, so gelänge es sicher, ganz bestimmte Indicationen zu finden; aber ob diese dann auch in Wirklichkeit durchzuführen wären, ist von vorneherein sehr fraglich; denn sie würden wohl so tief in sanitäts-polizeiliche und sociale Gebiete übergreifen, dass ein grosser Erfolg solcher Bestrebungen überhaupt zweifelhaft, fast unmöglich erscheint.

Die progr. Paralyse ist ja so recht das Kind unserer Zeit mit ihrem Jagen und Hasten nach Erwerb; bei diesem, oft aufs Aeusserste angespannten Kampf um's Dasein muss es eben auch Opfer geben, wie bei jedem andern Kampf.

Einen neuen Beweis für diese allgemein anerkannte Wahrheit bieten die nachfolgenden Krankengeschichten. Es sind unter

diesen 36 an progr. Paralyse Erkrankten so Wenige, die ein ruhiges Leben hinter sich hatten; die Einen haben sich als Kaufleute entweder in kolossalen, meist ungünstigen Speculationen, oder bei langjähriger, einförmiger Zahlenbeschäftigung aufgerieben; Andere holten in den ungeheuern Strapazzen des deutsch-französischen Kriegs ihre Krankheit; wieder Andere führten als Wirthe, Gesellen oder Reisläufer ein unstetes Leben, aller Gelegenheit zu Excessen jeder Art reichlich ausgesetzt.

Aber auch wenn die Aussichten für eine prophylactische Behandlung der progr. Paralyse nicht schon zum Voraus so ungünstig wären, so bedürfte es zur Aufstellung betreffender Indicationen der sorgfältigsten statistischen Bearbeitung einer grossen Menge bis in's Detail ausgeführter Krankengeschichten. Aber wer weiss, wie ungenau, und oft geradezu mangelhaft die in die Anstalt kommenden ärztlichen Berichte, namentlich in Bezug auf die ætiologischen Verhältnisse, in vielen Fällen sind, muss auch sogleich einsehen, wie schwierig eine solche Arbeit sein müsste.

Ich hoffe, dieser eine Grund, warum ich gerade die progr. Paralyse als Thema meiner ersten Veröffentlichung ausgewählt habe, werde an und für sich schon genügen; es steht mir aber noch ein, und zwar ein gewiss ebenso triftiger Grund zu Gebote; es ist die allgemein anerkannte gerichtlich-medicinische Wichtigkeit dieser Krankheitsform. Wenn auch nur ein einziger Fall meiner 36 Krankengeschichten zu einer gerichtsärztlichen Begutachtung Anlass gab, so ist diess eben ein Zufall, der nichts an der obigen Bemerkung ändern kann, und gerade dieser eine Fall (No. V) ist in jeder Beziehung ein rechter Schulfall. — Doch über diese Bedeutung unserer Krankheit kann ich mich auf das Gesagte beschränken.

Es bleibt mir nun noch übrig, den Anfangs erwähnten zweiten Zweck dieser Arbeit näher zu bezeichnen; aber auch hier kann ich mich ganz kurz fassen. Ich werde den Krankengeschichten einige statistische Zusammenstellungen als Anhang folgen lassen, wobei ich aber von vorneherein bemerke, dass ich der Arbeit nicht die Bedeutung beilege, die sie vielleicht unter günstigern Verhältnissen hätte gewinnen können, wenn mir die Resultate genauerer pathol.-anatomischer und insbesonders microscopischer Untersuchungen zu Gebote gestanden wären. Es fehlen nämlich

bei allen Sectionsberichten der Befund des Rückenmarks, sowie jede microscop. Untersuchung. Wenn auch der Vorwurf dieses Mangels am allerwenigsten mich selbst betrifft, (denn nur 7 Fälle sind selbsterlebte), so ist doch der Entschuldigungsgrund ein solcher, der leider auch für die nächstkommende Zeit noch fortbestehen wird; es sind nämlich in unserer Anstalt, bei einem Krankenstand von ca. 250 Kranken, nur 2 Aerzte, so dass Beiden eine solche Arbeitslast obliegt, dass eben die Zeit zu solchen zeitraubenden Arbeiten, wie Rückenmarkssectionen und microscop. Untersuchungen fehlt. Dadurch muss diese statistische Bearbeitung auf jeden höhern Werthanspruch verzichten; immerhin bleibt sie sowohl für mich selbst, als auch vielleicht für manchen Leser von Interesse, für diese paar Fälle sich in Betreff der wichtigsten pathol. Erscheinungen rasch mit einigen Zahlen orientieren zu können.

Dass es von hohem Werthe wäre, eine wahre und zuverlässige Statistik zu besitzen, betont schon *Griesinger;* aber dazu bedürfte es gar Mancherlei, was die Arbeitskraft und das Material eines Einzelnen weit übersteigen würde; jedenfalls könnte diese Aufgabe gelöst werden, aber nur durch eine Vereinigung zahlreicher Irrenärzte, die alle statistischen Erhebungen nach einem fixirten Schema einzeichnen, und so ein gleichmässig bearbeitetes, sicheres Material vereinigen würden. Die erste Bedingung wäre natürlich eine sorgfältige Auswahl der Fälle. Es werden noch ganz ausserordentlich viele Krankheiten als progr. Paralyse diagnosticirt, die absolut keine solchen sind; am besten zeigt diess der populäre Name unserer Krankheitsform „Gehirnerweichung"; und gerade Heerderkrankungen sind ja am allerwenigsten progr. Paralysen; ich habe alle Fälle ausgeschlossen, die in irgend einer Beziehung zweifelhaft erschienen; denn ich dachte, die Zwecke meiner Arbeit besser erfüllen zu können, wenn ich nur ganz reine und zweifellose Fälle dazu verwende.

Eine epicritische Bearbeitung der einzelnen Fälle oder eine Besprechung der verschiedenen Krankheits-Symptome resp. der pathol.-anatomischen Befunde, habe ich absichtlich weggelassen, indem eines Theils die Zahl der Fälle zu irgend welchen Schlüssen viel zu klein ist, andern Theils meine eigenen Erfahrungen noch lange nicht weit genug gediehen sind, um etwas Selbstständiges und Tüchtiges zu bringen.

Zum Schluss liegt mir noch eine Pietätspflicht ob — all den Herren Collegen, die als meine Amtsvorgänger die von mir benützten Krankenjournale geführt haben, besonders aber meinem hochverehrten Chef-Arzt, Herrn Director Dr. *Henne*, der auch gütigst die Widmung dieses Erstlingsprodukts angenommen hat, für alle Beiträge und thatkräftige Unterstützung bei meiner Arbeit, von Herzen zu danken.

Fall No. I.

B., Jakob, 42 Jahre alt, verehlicht, Fabrikant.

J.-No. 324 & 388. — Eintritt: 12. Juli 1859. Beurlaubt: 18. Aug. 1859. Wieder eingetreten: 14. April 1861. Tod: 22. Sept. 1863.

Familiäre Anlage: Mehrere Geschwisterkinder litten an Psychosen und Trunksucht. Eltern ganz gesund. — Gute geistige und körperliche Entwicklung. Sanguinisch-cholerisches Temperament. Seit 13 Jahren glücklich verehlicht, hat zwei lebende Töchter; ein Kind starb früh an Convulsionen. Patient war stets ein thätiger Geschäftsmann, der trotz grossem Vermögen bescheiden lebte. Er erlitt sowohl in der Kindheit als auch später verschiedene leichtere und schwerere Kopfverletzungen; zuletzt vor 2 Monaten durch einen Sturz vom Wagen. Im Uebrigen war er stets gesund; nur litt er in den letzten Jahren oft an Bandwurmbeschwerden.

Die ersten Symptome stellten sich vor ca. 4 Wochen nach dem Besuch bei einer schwermüthigen Schwägerin ein, und zwar durch Schlaflosigkeit, die sich späterhin in Schlafsucht verwandelte. Bald gesellte sich hierzu grosse Gleichgültigkeit gegen das Geschäft; das Rechnen wollte nicht mehr gehörig von Statten gehen; er wurde nachlässig gegen seine Werthpapiere — still und barsch, unaufmerksam und vergesslich für die Gegenwart und die jüngste Vergangenheit; dabei zeigte sich oft eine depressive Stimmung, die schliesslich constant wurde — bei totaler Einsichtslosigkeit. Frühzeitig fand sich auch eine Erweiterung der rechten Pupille. In der letzten Zeit vor der Aufnahme wechselte die depressive Stimmung mit Exaltationszuständen.

Stat. præs. (12 Juli 1859).

Stierer Blick. Pupillendifferenz. Zunge zittert und deviirt. Breitspuriger, steifer und hie und da schwankender Gang. Langsame Sprache mit erschwerter Articulation. Der Kranke zeigt ein sehr freundliches, aber höchst ungeniertes Benehmen. Er will durchaus gesund sein. Intelligenz und Urtheil sind sehr geschwächt; er ist stark unbesinnlich; er isst bis zum Erbrechen und benimmt sich an der Tafel unanständig; er geht zum Urinieren in eine Ecke des Saals. Seine Stimmung ist eine düstere; er weint oft laut auf: er sei verloren, er müsse zu Grunde gehen; aber es herrscht dabei, wie auch in seinem ganzen übrigen Wesen eine grosse Affektlosigkeit.

Schon in den nächsten Wochen wird Patient auf eine überraschende Art heiterer, ruhig besonnen und spricht von seiner Krankheit mit Einsicht. — Am 1. Aug. sind die Pupillen normal, der Gang leicht, die Sprache besser, die ganze Haltung ist behaglicher.

Da die Besserung anhält, wird Patient *den 18. August 1859 beurlaubt.*

Ein Bericht vom 16. Januar 1860 spricht von vollständiger Genesung. In den letzten Monaten des gleichen Jahres wurde der Beurlaubte oft deprimiert, namentlich in Bezug auf das Geschäft. Diese Stimmung machte im Anfang des Jahres 1861 ganz allmählig einer heitern und schliesslich sogar ausgelassenen Platz. — Am 20. März grosse Aufregung und ein epileptiformer Anfall, welcher Sopor, lallende Sprache, Erweiterung der linken Pupille und Parese des linken Arms hinterliess. Das Bewusstsein kehrte rasch wieder; bald stellten sich Selbstüberschätzungsideen, Thatendrang und schliesslich eigentliche Tobsucht ein.

Stat. præs. (14. April 1861).

Parese der ganzen linken Hälfte; am ausgesprochensten im Gesicht und am Arm. Die linke Pupille bedeutend erweitert, von träger Reaction. Die Zunge zittert nicht, deviirt nach links, die Uvula nach rechts. Hochgradige Sprachstörung. Der Kranke zeigt ungefähr das gleiche psychische Verhalten, wie bei seinem ersten Eintritt.

Unmittelbar nach der Aufnahme grosse Aufregung mit blindem Entweichungstrieb. In den ersten 14 Tagen drei kurze epilepti-

forme Anfälle, die grosse Hinfälligkeit in körperlicher und geistiger Beziehung hinterlassen. Excessiver Grössenwahn — er erbt jeden Tag einige Millionen; er kauft ganz Amerika, lässt die Berge wegrasiren und macht eine einzige Stadt daraus. Er heirathet auf Einmal tausend Weiber — kurz in jedem Vorstellungskreis ist er die höchste Person. Dabei sind alle Anstandsgefühle erloschen; er ist sehr unreinlich.

In den folgenden Monaten nehmen die paralytischen Störungen überhand; er zittert stark und wird im Ganzen hinfälliger. Er lebt und webt nur in den colossalsten Selbstüberschätzungsideen; „sein Koth ist so viel werth wie die ganze Welt“. Die Reactionsfähigkeit der Pupillen wechselt auffällig. Gegen Ende Juli schleppt er das linke Bein merklich nach; die Ernährung leidet zusehends. Im October Sammeltrieb.

Am 4. Nov. erleidet Patient von Abends 6—11 Uhr 11 epileptiforme Anfälle; dieselben beginnen mit Hin- und Herrollen der Bulbi, dem dann allgemeine clonische Krämpfe folgen. Kurze Zwischenpausen mit verminderter Reflexthätigkeit. In den Anfällen sind die Pupillen gleichmässig stark erweitert. Die Anfälle hinterlassen tiefen Sopor mit stark beschleunigtem Puls (140 p. M.) und 45 Respirationen p. M. Diarrhoische Stühle entleeren viele Bandwurmglieder. Am 7. November hat sich Patient körperlich etwas erholt; die Pupillen sind wieder wie vorher; die Sprache ist sehr zitternd, mit etwas Aphasie.

Ende November wieder ganz im frühern Zustand, geistig eher etwas regsamer. Eine Bandwurmkur befördert Glieder von fünf Colonien der Tænia mediocanellata mit 3 Köpfen zu Tage. — Anfang December wird eine auffallende psychische Besserung beobachtet; er gibt aus seiner Vergangenheit besser Auskunft; seine Wahnideen verkündigen grössere geistige Thätigkeit. Bei einem Besuch seiner Frau weiss er sogar seinen Wahn ganz zu unterdrücken, erkundigt sich nach Allem zu Hause und verlangt seine Entlassung. Aber wenn er allein ist, so macht er wie vorher immer noch in seinen Millionen.

In der ersten Hälfte des Jahres 1862 vermindert sich diese Besserung wieder rasch — er thut seinen Grössenwahnideen keinen Zwang mehr an.

Am 17. Oktober hat er innert 3 Stunden wieder 6 epilepti-

forme Anfälle mit sehr kurzen Intermissionen; es folgt ihnen die tiefste psychische und physische Abgeschlagenheit, von der er sich jedoch am 2. Tag schon vollständig erholt hat. Am 8. Dez., 19. und 27. Januar 1863 wieder gleiche mehrstündige Anfälle, die sich in den folgenden Monaten sehr rasch wiederholten, so besonders im April und Mai, Juli und August. Im Ganzen bleibt der Kranke ziemlich unverändert; die Folgen der Anfälle verlieren sich immer schon nach wenigen Tagen. Hie und da unterbrechen traurige Stimmungen sein sonstiges Kraft- und Gesundheitsgefühl; er wird dann in solchen Momenten knieend angetroffen, unter Thränen in lautes, rührendes Gebet versunken.

Am 22. September, Morgens 5 Uhr, kurz nachdem der Wärter das Zimmer in vollster Ordnung verlassen hatte, findet man den Kranken, todt vor dem Bett auf dem Gesichte liegend — er scheint in einem Anfall aus dem Bett gefallen und erstickt zu sein.

Sectionsbefund. (29 Std. p. m.)

Verdickter, harter Schädel, mit der Dura M. fest verwachsen. Pia M. in ihrer ganzen Ausdehnung milchig getrübt, verdickt, œdematös und hyperæmisch. Allgemeine Atrophie der Hirnwindungen. Hirnsubstanzen blutreich, œdematös; zum Theil breiig erweicht sind: das Gewölbe, die Streif- und Sehhügel, die Brücke und die Vierhügel. Chronische Ependymitis aller, besonders aber der Seitenventrikel, die mit klarem Serum angefüllt, aber nicht erweitert sind.

Beginnendes Atherom der Aorta.

Fall No. II.

F., Johann, 63 J. alt, verehlicht, Arzt.

J.-No. 351. Eintritt: 20. Mai 1860. Tod: 25. Juni 1860.

Keine familiäre Anlage. Seit mehreren Jahren hypochondrische Verstimmung in Folge hartnäckiger Obstructionen und häuslicher Zwistigkeiten. Im Januar d. J. litt der Kranke an einer 14tägigen fieberhaften Erkrankung mit Verstopfung, anhaltender Schlaflosigkeit und soporösen Delirien. Nach einigen Wochen Genesung trat plötzlich Irrsinn auf mit Gewaltthätigkeit und Grössenwahnideen.

Stat. præs. (20. Mai 1860).

Normaler Schädel mit sehr schöner Gesichts- und Stirnbildung. Pupillen normal. Parese der linken Gesichtshälfte und der linken äussern Augenmuskeln. Die Zunge deviirt nach rechts; die untere linke Extremität ist paretisch. Die Gesammternährung ist gut; Stuhl regelmässig. Der Kranke lässt den Urin Tag und Nacht unter sich gehen; Patient ist stark unbesinnlich, lässt sich alle möglichen Unschicklichkeiten zu Schulden kommen. Sehr entwickelter Grössenwahn mit bedeutender Affectlosigkeit und Gesundheitsgefühl.

Am 8. Juli fällt Patient eine kleine Stiege hinunter und trägt eine starke Quetschung der rechten Ellbogenbeuge davon. Dort entwickelt sich in der Folge ein grosser Abscess, zu dem vom 12. Juni an Septichæmie hinzutritt. Die Kräfte des Kranken werden rasch consumirt; am 25. Juni Tod.

Sectionsbefund. (24. Std. p. m.)

Schädel dick und schwer. Dura M. sehr fest mit dem Schädeldach verwachsen; sie enthält auf beiden Seiten vom Sin. long. auf der Scheitelhöhe mehrere Knocheneinlagerungen; sonst ist die Dura M. normal. Pia M. über den Hinterlappen hyperæmisch, diffus œdematös und getrübt, der Hirnoberfläche nirgends adhærent. Partielle Atrophie und Abplattung der Hirnwindungen. Diffuse, aber geringe Erweichung der Rinde. Marksubstanz ziemlich blutreich und œdematös. Die Grosshirnganglien und das Kleinhirn diffus erweicht. Chron. Ependymitis bei nicht erweiterten Ventrikeln und nicht vermehrtem Serum. Geringes Atherom der Hirngefässe. Starkes Atherom der Aorta. Fettige Entartung der Leber.

Fall No. III.

G., Joseph, 50 J. alt, verehlicht, Wirth.

J.-No. 364. Eintritt: 17. August 1860. Tod: 12. Sept. 1860.

Keine familiäre Anlage. Körperlich und geistig normal entwickelt; früher vermöglich und allgemein geachtet, ergab er sich in den letzten Jahren dem Trunk und musste schliesslich vor vier Jahren fallieren. Bald darauf Beginn der Krankheit mit

abwechselnd depressivem und exaltiertem und dann auch gewaltthätigem Character. Es trat früh grosse psychische Schwäche bei Abnahme des Gedächtnisses und Gehstörung hinzu. Vor 8 Wochen apoplectiformer Anfall ohne Folgen.

Stat. præs. (17. Aug. 1860)

Gute Ernährung. Die linke Gesichtshälfte ist leicht paretisch. Beide Pupillen (die rechte mehr als die linke) erweitert, von träger Reaction. Die zitternde Zunge und die Uvula deviiren nach links. Sehr starke Sprach- und Gehstörung; Schlaflosigkeit; blöde Selbstüberschätzung; hie und da gewaltthätig und unreinlich.

Vom 20. Aug. an sehr häufige epileptiforme Anfälle, welche die Kräfte des Kranken rasch verzehren, und die Sprache zu einem unverständlichen Lallen machen. Am 29. und 30. Aug. keine Anfälle mehr; der Kranke ist wieder etwas kräftiger und die Sprache einigermassen verständlicher. Er scheint lebhafte Hallucinationen zu haben und äussert blöden Grössenwahn und bedeutendes Gesundheitsgefühl.

Vom 8. Septbr. an wird er wieder sehr hinfällig, bekommt profusen Durchfall, hat rasch fortschreitenden Decubitus — am 12. Sept. Tod.

Sectionsbefund. (56. Std. p. m)

Schädel und Dura M. normal. Pia M. partiell getrübt, œdematös. Atrophie der etwas sclerotischen Hirnwindungen. Marksubstanz ziemlich blutreich, in der Umgebung der Ventrikel diffus erweicht. Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis aller Ventrikel.

Sehr starkes Atherom der Aorta. Fettige Degeneration der Leber und der Nieren.

Fall No. IV.

L., Johann, 58 J. alt, geschieden, Pastetenbäcker.

J.-No. 365. Eintritt: 27. Aug. 1860. Tod: 21. Janr. 1861.

Keine familiäre Anlage. Der Kranke lebte 40 Jahre in Frankreich; er war unglücklich verheirathet und ist seit zwanzig Jahren von seiner Frau getrennt.

Seit 4 Jahren langsam zunehmende Apathie u. Verblödung.

Stat. præs. (27. Aug. 1860)

Reducirte Ernährung. Pupillen normal. Die Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Deutliche Sprach- und Gehstörung. Der Kranke ist geistig sehr geschwächt; er glaubt sich hier in Frankreich im Hause seiner Verwandten; er behauptet, 22 Jahre alt und ledig zu sein. Er ist stark unbesinnlich und hie und da unreinlich und ist nur zu mechanischen Arbeiten brauchbar.

Am 21. Septbr. wird er bei der Arbeit plötzlich blass, fällt auf den Rücken, rafft sich aber sofort wieder auf und arbeitet, ohne eine Erinnerung daran zu haben, weiter. Solche rasch vorübergehende Anfälle wiederholen sich unter deutlich zunehmender Blödigkeit im October und November öfters. Ende November beobachtet man dabei hie und da ein leichtes Zittern des gesammten Muskelsystems, das sich an den Fingern und einzelnen Gesichtspartien zu leichten Zuckungen steigert.

Am 17. Dezember Vormittags ein eigentlicher epileptiformer Anfall; am Nachmittag erscheint er auffallend geistig regsam, spricht lebhaft und macht selbst Witze; der paralytische Character seiner Sprache ist dabei kaum bemerkbar. Diese auffallende Erscheinung hält jedoch nur wenige Stunden an.

Ende Dezember und Anfang Januar 1861 wiederholen sich die Anfälle sehr häufig. Von da an rapide Abnahme der Kräfte bis zum Tod den 21. Januar.

Sectionsbefund. (38 St. p. m.)

Schädel dick und schwer. Dura M. mit dem Schädel fest verwachsen; sonst normal. Pia M. œdematös, getrübt. Atrophie und Abplattung der Hirnwindungen, besonders in den Stirnlappen. Rinde eher anæmisch, während die Marksubstanz Oedem und mässige Hyperæmie erzeigt. Nicht hochgradiger Hydrocephalus int. mit chron. Ependymitis. Seh- und Streifenhügel diffus sclerotisch. Fettige Degeneration der Leber.

Fall No. V.

A., Johann, 47 J. alt, ledig, Bierbrauer.

J.-No. 443. Eintritt: 18. Sept. 1862. Tod: 16. Oct. 1862.

Patient wird aus der Strafanstalt St. Jacob zur Untersuchung und Begutachtung hierher eingeliefert. Die den Acten enthobene Anamnese ergibt: Der Vater des Kranken starb anno 1845, nachdem er „durch Trinken abgeschwächt und kindisch“ geworden. Sonst kein familiäres Moment. Seit mehr als 20 Jahren ist Patient auf der Wanderschaft als Küfer und Bierbrauer in der Schweiz; es liegen für die ganze Zeit sehr gute Zeugnisse über sein Verhalten vor; eben so gut war immer seine Gesundheit.

Die erste Abnormität in seinem geistigen Zustand wurde in der Zeit vom November 1861 bis März 1862 bemerkt; damals fielen seinem Meister „Sonderbarkeiten“ im Benehmen auf: Pat. war sinnend, still, scheu, wagte nie aufzuschauen etc. — Der folgende Meister (März bis Juni 1862) nahm hauptsächlich wahr, dass er Anreden nicht zu hören schien, oder dann „wie aus dem Traume erwachte“. Schon Mitte Juni änderte das Bild etwas; er wurde „grob und übermüthig“, als wäre er, Gott weiss wie, Andern überlegen. Dabei wurde er weniger fleissig und auch bedeutend weniger geschickt. Mitte Juni entwendete er bei einem Kunden seines Meisters ein ganz altes, werthloses Stemmeisen. Den 28. Juni Abends blieb Patient gegen seine sonstige Gewohnheit bis Mitternacht im Wirthshaus und schnitt dann auf einer Bleiche 11 Ellen Leinwand ab, verkaufte diese den folgenden Tag gegen einen Spottpreis, betrank sich Abends wieder und beging den gleichen Diebstahl wie in der Nacht vorher; ausserdem entwendete er in Wirthshäusern eine Pfeife und einen Pfropfenzieher. Am dritten Tag endlich wurde er wegen des ersten, seither entdeckten Diebstahls aus seinem Dienste entlassen, trank dann wieder, stahl Nachts zuerst aus einer Bierbrauerei 4 Fässchen, ein paar herumliegende Kappen, Wämmser, Stiefeln, Hämmer und ein Bierglas, und trug Alles zu einem benachbarten Waschhaus dicht an der Strasse. Dann entwendete er von der ihm schon wohlbekannten Bleiche ein ganzes Stück Leinwand, und legte es auch zu den Bierfässern. Hierauf gerieth er auf einen Kirchhof, brach dort mit freier Hand die eisernen Kreuze

von zwanzig Grabsteinen ab und versteckte sie in einem Haufen Gerberlohe. Als er dann die Fässchen und die Leinwand holen wollte, fand er schon Frauen im Waschhaus und entfloh. Am gleichen Tage wurde er verhaftet und legte sogleich ein weitläufiges Geständniss ab, Alles nicht für ein Verbrechen, sondern für einen betrunkenen Streich erklärend, den er selbst wieder gut habe machen wollen. Bei allen Verhören zeigte sich dieser absolute Einsichtsmangel und ausserdem eine sehr ausgeprägte Gedächtniss-Schwäche; beim ersten Geständniss schon erinnerte er sich erst durch Vorzeigen der gestohlenen Sachen an die einzelnen Diebstähle. Sehr characteristisch ist namentlich die Motivirung der Kirchhofschändung: es sei eine kalte Nacht gewesen, und da sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, um sich zu erwärmen, wolle er diese Kreuze abreissen; er habe eigentlich dabei gar Nichts überlegt, und erst nach begangener That sei er darob so erschrocken, dass er kaum mehr habe gehen können; er habe sich dann auch gleich vorgenommen, Alles wieder an Ort und Stelle zu ersetzen.

Schon dem mit der Voruntersuchung betrauten Bezirks-Ammann-Amte fiel die merkwürdige Häufung der Diebstähle sowohl, als namentlich die Sinnlosigkeit und Unmotiviertheit der meisten auf, die gar sehr im Widerspruch standen mit dem frühern Leben und Treiben des Inculpaten. In der ganzen Untersuchungshaft war sein Benehmen und Verhalten ein scheinbar normales. Er wurde am 18. Aug. vom Kriminalgericht zu $1^1/_2$ Jahr Zuchthaus verurtheilt.

In der Strafanstalt St. Jakob benahm er sich 10 Tage lang gut; dann musste er wegen seiner „curiosen“ Aufführung isoliert werden; dort fing er an, Alles, was ihm unter die Hände kam, zu zerstören — jetzt endlich hatte man Verdacht auf Geisteskrankheit und versetzte A. zur Begutachtung in die hiesige Anstalt.

Stat. præs. (18. Sept. 1862).

Grosser, hagerer Mann mit hochgradiger Anæmie. Stark dolichocephaler Schädel. Pupillen normal. Zunge etwas zitternd. Sonst normaler Organbefund. Haltung steif; Gang breit und schwankend, unsicher. Sprache hell, langsam, mit etwas schwerer Zunge. Miene ernst, leidend. Benehmen anständig, aber etwas unbehülflich und blöde.

Patient erklärt bei der ersten Untersuchung, er sei ein ganz gesunder, fester Mann; seine Brust sei 3 Zoll dick, und sein ganzer Körper bestehe aus lauter Bein, er habe kein Fleisch; er sei der gescheideste und gesundeste Mensch, den es je gegeben. Man sage allerdings, er sei geisteskrank, aber das sei ganz entschieden nicht wahr. Er erzählt gutmüthig seine Begangenschaften — es seien alles Dummheiten, die er wieder gut machen werde und könne. Der Zuchthausdirector habe ihm beim Fortgehen gesagt, er habe sich brav verhalten; er werde deshalb das Kantonsbürgerrecht bekommen und dann sein Actuar werden mit wenigstens 1000 fl. Gehalt. Jetzt aber wolle er essen, er habe schon lange Zeit nur 6 Schoppen Suppe und 1 Pfund Brod per Tag erhalten und deshalb Hunger — er isst nun auch mit sehr starkem Appetit, staunt über die Quantität und Qualität und ist voll Ruhms und Danks.

Schon nach 20 Stunden fängt das Zerstören auch hier an; er zerreisst alle Kleider und gibt dafür ganz blöde Gründe an. Am 3. Tag wäscht er sich mit seinem eigenen Urin und entschuldigt sich, er habe geglaubt, er bekomme kein Waschwasser und waschen müsse er sich doch. Er reinigt auch seine Strümpfe im Nachttopf und macht Kothverstreichungen, in der angeblichen Absicht, Flecken an der Wand wegzuputzen, da er Reinlichkeit sehr liebe.

Am 27. Septbr. erleidet er einen apoplectiformen Anfall, in Folge dessen er nicht mehr gehen und stehen kann und seine Sprache kaum mehr verständlich ist. Schon in den nächsten Tagen entsteht Decubitus — der Allgemeinzustand wird sehr schnell schlechter — Oedeme der untern Extremitäten — äusserste Hinfälligkeit des Körpers, mit der die rapid zunehmende Verblödung redlich Schritt hält; aber immer noch ist Patient „reich und gescheidt".

Dieser Zustand verschlimmert sich ausserordentlich rasch und unter zunehmendem Sopor, nach achttägigem Fieber stirbt der Kranke den 16. October.

Sectionsbefund. (48. Std. p. m.)

Hochgradige Abmagerung. Handtellergrosser gangränöser Decubitus ad os sacr., beginnender auf beiden gr. Trochanteren. Rechte untere Extremität stark ödematös geschwellt. Alle

Schnädelnähte fast spurlos verwachsen. Schädeldach leicht, aber verdickt. Ueber der linken Hæmisphäre ist die Dura M. verdickt und an mehreren Stellen mit einem gelb-grünlichen plastischen Exsudat von 1‴ Dicke bedeckt. Pia M. getrübt, œdematös; über der linken Hæmisphäre, entsprechend den Stellen der Dura M., verdickt und mit dem gleichen Exsudat wie jene, und auch von der gleichen Dicke, belegt. Die Pia M. ist durchweg, besonders längs des Proc. falcif. maj. innig mit der Hirnoberfläche verwachsen. Hirnwindungen klaffend, atrophisch. Marksubstanz anæmisch, œdematös. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis der Seiten- und des III. Ventrikels. Die Corpora striata, etwas weniger die Thalami optici sind erweicht, ebenso die Vierhügel und die Brücke.

Atherom der Aorta. Emphysem der Lungen. Rechtseitige Pneumonie des Unterlappens mit gleichzeitiger, ganz frischer exsudativer Pleuritis.

Fall No. VI.

B., Ulrich, 66 J. alt, verehlicht, Landwirth.

J.-No. 467. Eintritt: 20. April 1863. Tod: 6. Mai 1863.

Keine familiäre Anlage. Normale geistige und körperliche Entwicklung. Seit 43 Jahren verehlicht. (9 Kinder.) Seit 16 Jahren geachteter Gemeindebeamter. In den letzten 10 J. dem Trunk ergeben; dabei hie und da veränderte Stimmung. Vor einigen Wochen wurde er plötzlich sehr aufgeregt.

Stat. præs. (20. April 1863).

Starke Abmagerung. Rechte Pupille erweitert. Die Zunge tremuliert; deutliche Gehstörung; heitere Stimmung; ausgeprägtes Gesundheitsgefühl; Grössenwahn in Bezug auf Besitz. Der Kranke ist aufgeregt und gewaltthätig.

Anfang Mai wird er ruhiger, einsichtiger, bei verbesserter Allgemeinernährung. Am 4. Mai bekommt Patient plötzlich, ganz unvermuthet, eine Ohnmacht, die zwar rasch vorübergeht, aber doch bedeutende Schwäche und Schwindel hinterlässt. Am 6. Mai blutige Stühle — Abends tritt wieder eine Ohnmacht ein, in der Patient stirbt.

Sectionsbefund. (24. Std. p. m.)

Dura M. mit dem Schädel fest verwachsen. Pia M. getrübt, verdickt, œdematös, anæmisch und nicht adhærent. Atrophie und Abplattung der Hirnwindungen. Alle Hirnsubstanzen sehr anæmisch, derb und etwas œdematös. Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Beginnendes Atherom der Aorta. Muskatnussleber. Milz klein, anæmisch. Der Magen ist mit Speiseresten und einer bedeutenden Menge geronnenen Bluts angefüllt; in der Schleimhaut kleinere Hæmorrhagien. In der Nähe der Cardia ist die Wandung des Magens ganz weich und dünn, jedoch nirgends perforiert. Das Colon transversum ist dunkelblau gefärbt und auch das Colon ascendens weist starke Injection auf; keine Geschwüre etc. Der Inhalt des Colon ist schwärzlich gefärbt. Die übrigen Gedärme sind ebenfalls etwas blauröthlich, jedoch ist die Schleimhaut nirgends injiciert; der Inhalt ist ganz derselbe wie im Colon.

Fall No. VII.

M., Xaver, 36 J. alt, ledig, Bahnhofinspector.

J.-No. 495. Eintritt: 17. Dezember 1863. Tod: 9. März 1864.

Zwei Tanten väterl. Seits sollen an Tobsucht krank gewesen sein. Patient litt in der Jugend an Scrofulose. Später studierte er in Heidelberg, Freiburg und Paris Jura; in dieser Zeit einige Excesse im Baccho et Venere. Nach der Rückkehr von der Universität stieg er rasch vom Secretär zum Polizeikommissär und nachher zum Bahnhofinspector. Trotz guten Stellungen stets œkonomische Verlegenheiten. Vor Antritt der letzten Stelle trat eine melancholische Verstimmung auf, mit der Idee, nicht mehr denken zu können. Während einer sehr milden Kaltwasserkur stellten sich Gehörshallucinationen ein, mit daraus sich entwickelndem Verfolgungswahn. Auf eine Regendouche hin stärkere Aufregung, die nach kurzer Besserung im Sommer recidivierte — dabei starker Kopfschmerz, Druck in der Gegend der Nasenwurzel, Ohrenrauschen, Schlaflosigkeit und Sprachstörung. Auf eine Calomel- und später Sublimatkur hin eine temporäre Besserung.

Im October Ecstase über seine glückliche Heilung und bald exquisiter Grössenwahn — er war Millionär, Fürst, Gott. In den letzten 3 Wochen Aufregungen mit Weinen, Drohen und Lachen in zweitägigem, bestimmtem Typus.

Stat. præs. (27. Dez. 1863.)

Ziemlich hochgradige Anæmie; schwächlicher Körperbau. Beide Pupillen von träger Reaction, sonst normal. Zunge tremuliert. Bedeutende Sprachstörung. Gang etwas breitspurig. Pat. klagt über Druck in der Stirne; es sei ihm, als ob das Gehirn nicht recht Raum hätte in der Schädelhöhle; er habe kein Gedächtniss mehr, besonders Namen entfallen ihm gänzlich. Gehobenes Selbstgefühl. Wechselnder aber sehr oberflächlicher Affect; unverkennbare, hohe psychische Schwäche.

In der Folge Fortbestand der Grössenwahnideen; nur hie und da für kurze Zeit Erscheinungen psychischer Depression; fast immer überschwängliches Rühmen seines Wohlbefindens. Dabei rapide Abnahme der Intelligenz und Zunahme der Sprach- und Gehstörung. Hie und da wieder Klagen über Befangenheit und Druck im Kopf. Am 1. März klagt er über besonders heftiges Kopfweh, hat auch erbrechen müssen und sieht ganz verstört und schläfrig aus. Am 7. März dauert das Kopfweh noch immer fort; der Kranke hält sich den Kopf mit beiden Händen; er wird immer träumerischer, einsilbiger und verworrener; die Sprache schwerer; der Kranke fühlt sich sehr matt und hat Durchfall. Am 8. März ganz soporös, unreinlich. Am 9. März Steigerung des Sopor, Mittags sinkt er am Tisch ohnmächtig zusammen; er ist bewusstlos, blass, kaum athmend, mit kleinem, langsamem Puls; nach einiger Zeit wird das Gesicht wieder röther gefärbt; der Kranke verzieht dasselbe schmerzlich; dann heftige Zuckungen aller Gesichtsmuskeln, sowie, jedoch gelinder, Zittern des ganzen Körpers, mit begleitendem Trachealrasseln. Nachdem diese clonischen Krämpfe etwa 5 Minuten lang angedauert, lassen sie nach; der Kranke wird immer blasser; der Puls langsamer und unregelmässig; das Athmen oberflächlicher und seltener — um $1^1/_2$ Uhr Tod.

Sectionsbefund. (21 Std. p. m.)

Schädel oval, symmetrisch, leicht verdickt. Die innere Glastafel zeigt sich über der linken Grosshirnhæmisphære stark roth

und ganz rauh. Dura M. mit dem Schädel nicht fest verwachsen. Die ganze linke G. H. Hæmisphäre zeigt sich durch ca. 6 Unzen dunkles, dickflüssiges, bräunlich missfarbiges Blut etwa 1 Zoll tief eingedrückt. Auf der Innenfläche der Dura M. zeigt sich unter den coagulierten Resten des Hæmatoms eine dunkelbraunrothe Pseudomembran von der Dicke einer Spielkarte aufgelagert, die sich von derselben völlig abziehen lässt. Im Uebrigen ist die Dura M. nur stark injiciert, sonst normal. Die Pia M. ist zart und blutreich, aber sehr fest mit der Hirnoberfläche verwachsen. Hirnwindungen sehr atrophisch und stark abgeplattet. Hirnsubstanzen fest, etwas trocken; Mark ziemlich anæmisch, hingegen die Rinde sehr dunkel gefärbt. Rechtseitiger Hydrocephalus int. mit chron. Ependymitis. Streif- und Sehhügel blass und etwas erweicht.

Beginnende fettige Degeneration der Leber. Hyperæmie der vergrösserten Milz und der Nieren.

Fall No. VIII.

N., Eugen, 41 J. alt, verehlicht, Lehrer der Mechanik.
J.-No. 514. Eintritt: 29. Mai 1864. Tod: 13. April 1865.

Die geistig hervorragende Familie verlor schon mehrere Glieder früh an Lungentuberculose; psychische Störung kam bei einem Geschwisterkind des Kranken vor. Patient besitzt neben hohen geistigen und gemüthlichen Anlagen und tüchtiger Fachkenntniss eine sehr geringe Elementar-Schulbildung, welches Missverhältniss namentlich in Bezug auf seine Berufsstellung wohl die Quelle vieler innerer, geistiger Konflicte gewesen sein mag. Sexuell angelegter Character bei nicht glücklichen ehelichen Verhältnissen. Ueberanstrengung im Beruf. Ferner soll Patient syphilitisch gewesen sein; diese Annahme gründet sich aber nur auf frühere nächtliche Schmerzen, die von anderer Seite für Rheumatismen erklärt wurden. Um Ostern herum die ersten Spuren der psychischen Störung; verminderte Genauigkeit der Arbeiten, Unruhe, Wandertrieb, ungereimte Handlungen ohne Berücksichtigung der Folgen, aufgeregtes Wesen, Bettnässen. Eine Jodkalikur war ohne Erfolg geblieben.

Stat. præs. (29. Mai 1864).

Kräftiger Mann mit mittelmässiger Ernährung. Dolichocephaler Schädel. Pupillen normal. Weder Sprach- noch Gehstörung. Patient will von psychischem Kranksein gar Nichts wissen; körperlich sei er etwas angegriffen durch zu vieles Arbeiten.

In den ersten Tagen macht er wiederholt kecke Fluchtversuche. Nach einigen Wochen sagt er, jetzt seien ihm die Schuppen von den Augen gefallen — er sehe ein, dass er krank gewesen sei — jetzt sei er aber wieder völlig gesund und wolle heim — er spüre es an seinem Penis, dass er selbst wieder genese; dieser werde wieder lebendig. Im Juli wieder Entweichungsversuche, — immer gleich einsichtslos; macht Reiseprojecte nach fremden Ländern; aus seinen Briefen ist eine schon hochgradige geistige Schwäche leicht ersichtlich.

Im September und October recht gutes Befinden. Anfangs November überschwenglich glückliche, religiös schwärmerische Stimmung, die mit einer grossen Reizbarkeit abwechselt; Schlaflosigkeit (nach seiner Aussage wegen freudiger Stimmung und herrlicher Gedanken).

Am 3. November plötzlich ausbrechender, furchtbarer Tobanfall; er poltert, reisst und schmiert; er hält sich für Christus, für den Erfinder des perpetuum mobile, etc., lacht und weint durcheinander; deliriert sehr ideenflüchtig, verkennt die Personen, will nicht essen — es sei Gift in den Speisen. Im Beginn des Anfalls werden vorübergehende Schlingbeschwerden und partielle Zuckungen der Gesichtsmuskeln beobachtet.

Er wird in der Folge ganz aphonisch durch das anhaltende Schreien. Dieses letztere, sowie die Nahrungsverweigerung, der Zerstörungstrieb und die Unreinlichkeit verlieren sich in den nächsten Wochen allmählig; das Delirium, meist über Mechanik, dauert fort; ebenso das Verkennen der Personen, der Grössenwahn und die Schlaflosigkeit (trotz hohen Morphiumdosen). Ende Dezember wird eine Verziehung und bedeutende Erweiterung der linken Pupille bemerkt. Der Kranke magert stark ab; trotz der Schwäche besteht ungeheurer Bewegungsdrang. Jetzt ist ein Anstossen beim Sprechen und ein Tremulieren der herausgestreckten Zunge sehr deutlich. Anfang März besteht dieser Zustand ungefähr im Gleichen fort: Tag und Nachts unruhig; bedeutende

Abmagerung trotz gutem Appetit; der Mund ist deutlich nach Rechts verzogen; eben dahin deviirt auch die Zunge; das Sprechen ist sehr unsicher und lallend. Anfang April hat der Kranke Besuch von seiner Frau, die er momentan erkennt; er verfällt aber sofort wieder in seine mechanischen Phantasien vom Sonnenzirkel, Weltmittelpunkt etc.

Vom 10. bis 26. März gibt man dem Kranken noch einmal Jodkali, immer noch in der Hoffnung, es statt mit Paralyse, mit einer syphilitischen Hirnerkrankung zu thun zu haben — aber ganz ohne Erfolg.

Anfang April wird Pat. viel ruhiger, aber auch sehr schwach; sehr kleiner Puls — kann kaum schlucken; unstillbare Diarrhœn; alles Genossene geht binnen weniger Minuten ganz unversehrt per anum ab. Ziemlich tiefgehender, handtellergrosser Decubitus auf dem rechten grossen Trochanter. Am 13. April Tod.

Sectionsbefund. (10 Std. p. m.)

Hochgradige Abmagerung. Schädel, besonders an den Stirnbeinen stark verdickt, schwer und hart. Dura M. nicht verdickt, längs der Mittellinie fest mit der Pia M. verwachsen. Pia M. durchweg milchig getrübt, verdickt, namentlich längs den grössern Gefässstämmchen, stark œdematös; mit der Hirnoberfläche fast auf der ganzen Convexität innig verwachsen. Abgeplattete und stellenweise atrophische Hirnwindungen. Ziemlich bedeutender Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis der Seitenventrikel. Beide Substanzen sind durchweg fester als normal anzufühlen. Das Septum allein ist stark erweicht.

Beidseitiges Lungenœdem. Fettige Degeneration des Herzmuskels. Endocarditische Auflagerungen der Mitralklappenzipfel. Atherom der Aorta. Amyloide Degeneration der Leber und (sehr hochgradig) beider Nieren. Im Magen und Darmkanal findet sich nichts Besonderes, ausser einer nicht sehr hochgradigen Röthung und Lockerung der Schleimhaut und leichte Schwellung der Mesenterialdrüsen.

Fall No. IX.

H., Johann, 54 J. alt, verehlicht, früherer Wirth.
J.-No. 524. Eintritt: 23. Juli 1864. Tod: 29. October 1864.

Keine familiäre Anlage. Seit vielen Jahren Excesse in Baccho et Venere. Patient litt vor 2 Jahren an hartnäckigem Schwindel und damals erfolgte ein leichter apoplectiformer Anfall ohne Folgen; seither viele „Rheumatismen". Im letzten Mai Grössenwahn; er wollte Häuser kaufen und bauen; kam dann in die Zürcher Anstalt, aus der er bald als gebessert entlassen wurde. In der letzten Zeit wieder Verschlimmerung der Symptome. Eine in der letzten Zeit eingeleitete Jodkalikur blieb ohne Erfolg.

Stat. præs. (23 Juli 1864).

Kräftiger Körper mit sehr entwickeltem Fettpolster. Schädel rund, gross; starke Glatze, ergrautes Haar. Pupillen beidseitig bis auf Stecknadelkopfgrösse kontrahiert. Zunge tremuliert stark. Appetit, Stuhl und Schlaf in Ordnung. Puls 100 p. M., klein, regelmässig. Herztöne nicht genau accentuiert, ohne Geräusch. Vergrösserte Leberdämpfung. Heitere Stimmung. Er fügt sich leicht in den hiesigen Aufenthalt, trotzdem er nicht krank sein will. Sprache leicht anstossend, nicht genau accentuiert; Stimme etwas zitternd. Gang breit und unsicher. Er zeigt in seinem ganzen Benehmen sehr wenig Energie und Consequenz — meist ein gutmüthiges, blödes Lächeln. Die psychische Schwäche ist sehr merkbar; sein Ideenkreis ist ein sehr enger.

Ende August heftiger Bronchialcatarrh. Anfang und Mitte September wiederholt heftige asthmatische Anfälle, dabei livide Gesichtsfarbe und sehr frequenter Puls. Anfang October öfters solche Anfälle; dabei wurde der Kranke sehr unruhig; delirierend mit vielfachen Gesichts- und Gehörshallucinationen und nächtlichen Störungen.

Mitte October tritt Hydrops auf an den untern, und ab und zu auch an den obern Extremitäten und im Gesicht, sowie schliesslich Ascites. Unter Zunahme der asthmatischen und hydrophischen Erscheinungen, sowie der Delirien stirbt Patient am 29. October.

Sectionsbefund. (11 Std. p. m.)

Schädel schwer und dick (an einzelnen Stellen 4 Linien). Dura M. stellenweise mit dem Schädel innig verwachsen; ihre

Sinus enthalten viel dünnflüssiges, dunkles Blut. Pia M. œdematös, stark hyperæmisch, durchweg getrübt; an beiden Stirnlappen sitzen vorn, ziemlich symetrisch, auf der Pia M. einige kleine, platte Kalkablagerungen. Die Pia M. ist mit der Hirnoberfläche nirgends verwachsen. Hirnwindungen stark klaffend, sehr atrophisch. Rindensubstanz blass, Marksubstanz gelblich-grau mit vielen Blutpunkten; die ganze Hirnsubstanz stark serös durchtränkt; ihre Consistenz ist normal. Kein Hydrocephalus internus aber chron. Ependymitis aller Ventrikel. Die Konsistenz des Kleinhirns, der Brücke und des verlängerten Marks deutlich vermindert.

Hydrothorax und Hydropericardium. Bedeutende einfache Herz-Hypertrophie; vorgeschrittene Adipose des Herzmuskels. Starkes Aorten atherom. Der Aortenbogen ist nach vorn und oben zu einem Aneurisma von 3 Zoll Höhendurchmesser ausgebuchtet. Beide Lungen sind durch das massenhafte Exsudat stark comprimiert, aber durchweg lufthaltig. In der linken Lungenspitze findet sich ein hæmorrhagischer Heerd von Baumnussgrösse; an der Basis des rechten Oberlappens ein ebensolcher von Faustgrösse; die rechte Lunge ist stark œdematös.

Hochgradiger Ascites. Leber um einen guten Drittheil vergrössert, sehr blutreich, weit entwickelte fettige Degeneration; ihre Oberfläche erscheint ganz höckerig.

Milz stark vergrössert; sie zeigt an ihrem Convex-Rande die eingezogene Narbe eines hæmorrhagischen Infarcts.

Fall No. X.

H., Aloys, 50 J. alt, verehlicht, Schreiner.

J.-No. 527. Eintritt: 30. August 1864. Tod: 20. Januar 1865.

Keine ererbte Anlage. Der Kranke war seit dem 23. April d. J. in der Irrenanstalt Zürich; die dortige Diagnose lautet auf Wahnsinn mit Gehörshallucinationen, wahrscheinlich in Folge eines Blutergusses, welcher kurz vor dem Ausbruch der Störung dem Patient die Sprache, sowie die Bewegungen der einen Gesichtshälfte lähmte. Weitere anamnestische Punkte sind nicht eruierbar.

Stat. præs. (30. Aug. 1864.)

Sehr abgemagerter, anæmischer Kranker, ohne besimmtes, nachweisbares Organleiden. Er fühlt sich durchaus wohl; sein

Selbstgefühl ist durchaus gehoben, er ist König, Kaiser, Christus etc.; er besitzt eigene Banken für sein unermessliches Vermögen; ferner ist er der geschickteste Schreiner. Die Zunge stösst beim Sprechen leicht an; der Gang ist etwas unsicher und schwankend. Er ist gewaltthätig, zerreisst Alles und ist höchst unreinlich; darüber befragt, läugnet er Alles rundweg ab, und beschimpft die Aerzte in den obscönsten Ausdrücken.

Ende December dauert dieser Zustand unvermindert fort; die Abmagerung ist trotz gutem Appetit rasch weiter geschritten, wie auch die Sprachstörung und ganz besonders die Unsicherheit der untern Extremitäten, welche letztere den Kranken in der letzten Zeit vollständig in's Bett gebannt hat.

Anfang Januar 1865 eine etwa zehntägige, vorübergehende, geringe Besserung; vom 12. Januar an wird Patient wieder sehr laut und zerstörungssüchtig; die Abmagerung macht rapide Fortschritte; ebenso die Schwäche; er kann zuletzt kaum mehr Sprechen und Schlingen — bis er am 20. Januar stirbt.

Sectionsbefund. (9 St. p. m.)

Schädel hart und dick. Dura M. nicht verdickt, längs der Mittellinie mehrfach mit der Pia M. fest verwachsen; alle Blutleiter prall mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt. Pia M. œdematös, stellenweise milchig getrübt und verdickt, besonders längs den grössern Gefässstämmen; auf der ganzen Convexität nur schwer von der Hirnoberfläche ablösbar.

Hirnwindungen bedeutend platt gedrückt und atrophisch. Hirnsubstanz stark serös durchfeuchtet, von ziemlich fester Consistenz, eher anæmisch. Hochgradige Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis des IV. Ventrikels.

Frische rechtseitige Pleuritis mit starkem serösem Erguss und vielen Adhæsionen. Der mittlere Lappen der rechten Lunge ist vollkommen luftleer, grau hepatisiert.

Beginnende fettige Degeneration des Herzmuskels; verdickte Ränder der Mitralklappen. Hochgradiges Aortenatherom mit partieller aneurysmatischer Ausbuchtung des Convexbogens. — Leberparenchym ebenfalls in beginnender Fettentartung.

Fall No. XI.

W., Heinrich, 37 J. alt, verehlicht, Spinnereibesitzer.

J.-No. 555. Eintritt: 25. Mai 1865. Tod: 10. Jan. 1866.

Keine ererbte Anlage. Ziemlich hochgradiger, langjähriger Potator. Ende October 1863 nach einem allzureichlichen Gelage von einem schlagähnlichen Anfall betroffen, mit nachfolgender Bewusstlosigkeit und innert 14 Tagen sich entwickelnder Tollheit resp. Tobsucht. Sofort in die Wyler Privatanstalt verbracht, wurde er dort Ende April 1864 beruhigt entlassen. Ganz geschäftstüchtig war er nie mehr; trotzdem heirathete er im Juli 1864, und vor 6 Wochen wurde ihm ein schwächliches Kind geboren.

Im September 1864 traten häufige epileptiforme Anfälle auf; besonders vom Februar an folgten sich stärkere und schwächere rasch hinter einander. Diesen Anfällen proportional zeigte sich Schwächung seiner geistigen Fähigkeiten und zunehmende Sprachstörung. Er wurde aufgeregt, heftig, hatte Baupläne, grossartige Projecte und unfassbare Speculationen, glaubte sich Grossrath etc.

Ein Arzt hatte im Anfang der Erkrankung zahlreiche Venæsectionen und Blutegel angewendet.

Stat. præs. (25. Mai 1865)

Kräftiger, gutgenährter Körper. Pupillen weiter als normal, mit schwacher Reaction; die linke ist etwas mehr erweitert als die rechte, welche letztere ein wenig senkrecht oval verzogen ist. Zunge zittert beim Herausstrecken, weicht nicht ab. Die linke Hälfte der Unterlippe wölbt sich beim Pfeifen stärker und hängt tiefer als rechts. Exquisiter Habitus apoplecticus. Die linke Hand drückt bedeutend schwächer als die rechte. Der Gesichtsausdruck ist sehr blöde, die Züge schlaff und hängend, die Sprache zitternd und langsam. Der Gang ist breit und unsicher; die Haltung etwas vornübergebeugt.

Von Kranksein will Patient Nichts wissen; er habe nur Ohnmachten gehabt. Starker Grössenwahn. Der Kranke drängt immer fort, lässt sich aber sofort beschwichtigen; die Affecte sind sehr oberflächlich; das logische Denken und die Ueberlegung äusserst gering.

Am 13. Juni erleidet Pat. hier seinen ersten, epileptiformen Anfall, wobei besonders die linke Körperhälfte von clonischen Zuckungen befallen wird; der Anfall, mit völliger Bewusstlosigkeit, dauert etwa 4 Minuten. Unmittelbar nach dem Anfall sind die Pupillen enorm erweitert; das Gesicht sehr blass, eingefallen, schwitzend, einzelne Muskelgruppen zitternd; die Zunge etwas verletzt, stark tremulierend; die Sprache noch schwerfälliger als sonst. Puls 134 p. M. (vorher 84 p. M.) 5 Tage später kehrt dieser Anfall wieder. Von beiden erholt er sich auffallend rasch; doch bleibt eine deutliche Zunahme der Schwerbesinnlichkeit und Blödigkeit zurück. Dabei bleibt sein Grössenwahn ganz unverändert. Dritter Anfall am 1. Juli; von da bis October kein weiterer Anfall — aber ausserordentlich rasche Zunahme der Verblödung; er kümmert sich um Nichts mehr, antwortet stets „es geht gut"; er drängt nie mehr fort, spricht Nichts ungefragt und lächelt oft stillvergnügt; dabei wird der Gesichtsausdruck immer blöder.

Im October kurz nach einander zwei Anfälle. Sprache kaum mehr verständlich; er spricht fast Nichts mehr, als: „Morgen ist Sündfluth", oder: „der Traum ist wahr". Er wird auch unreinlich.

Im December 2 Anfälle. Am 7. Jan. 1866 erkrankt er unter Fiebererscheinungen, Husten und beschleunigter Respiration; dabei clonische Zuckungen der rechten Körperhälfte; die rechte Pupille ist weiter als die ebenfalls erweiterte linke. Am 10. Jan. erblasst der total blöde und unbehülfliche Kranke plötzlich, und stirbt nach $^1/_4$ Stunde unter den Anzeichen eines Lungenœdems.

Sectionsbefund. (21. Std. p. m.)

Gut genährte Leiche. Linkseitige Abflachung des Schädels. Letzterer ist schwer, von hartem Korn, fast durchweg 3 Lin. dick.

Dura M. längs der Mittellinie stellenweise fest mit der Pia M. verwachsen. Pia M. œdematös, verdickt, durchweg milchig getrübt, auf der ganzen Convexität nur mit Wegreissen von Rindensubstanz ablösbar.

Hirnwindungen platt und atrophisch; die Hirnlappen sind fest unter sich verklebt. Die graue Substanz ist fest, von gelblichgrau speckigem Aussehen, für das Messer resistent. Marksubstanz serös durchtränkt, von fester Consistenz und ziemlich blutreich. Starker Hydrocephalus inter. mit chron. Ependymitis aller Ventrikel.

Atheroma Aortæ. Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber.

Lungen ausser geringem Emphysem und mässigem Oedem nur Hypostase in den abwärts liegenden Partien, doch überall lufthaltig.

Fall No. XII.

St., Ernst, 44 J. alt, verehlicht, Buchhalter.

J.-No. 575. Eintritt: 16. October 1865. Tod: 5. Januar 1866.

Keine ererbte Anlage. Ausser einer leichten Reizbarkeit normal angelegter Character. Gebildeter, fleissiger Mann in den glücklichsten Verhältnissen. Als einziges, ætiologisches Moment erscheint seine angestrengte monotone Zahlenarbeit.

Dem Irrsein ging fast ein ganzes Jahr lang eine grosse Abgeschlagenheit, Appetitmangel, gereizte Stimmung, Starrsinn voraus; dann allmählig Vergesslichkeit, Schwierigkeit im Erfassen und zuletzt eigentliche paralytische Symptome; die schwere Zunge konnte einzelne Wörter gar nicht mehr aussprechen; Ungelenkigkeit der Glieder, welche den Bewegungen etwas Ungeschicktes gaben — dem entsprechender Gang und Haltung. Die Gesichtsfarbe wurde fahler, der Blick stierer, theilnamlos; die Stimme verlor den Ausdruck; er sah allmählig weniger gut; auch das Gehör schien abzunehmen. Die Ernährung litt bedeutend in Folge andauernder Appetitlosigkeit; im Juli war die Conjunction icterisch verfärbt und stark injiciert; die Lebergegend auf Druck schmerzhaft, die Leberdämpfung über die Norm vergrössert. Bis jetzt keine Spur von eigentlichem Irrsinn. Eine 6wöchentliche Kaltwasserkur verschlimmerte sichtlich alle Symptome; der behandelnde Arzt liess nun neben den kalten Bädern Dampfbäder anwenden; in den ersten 14 Tagen glaubte man entschiedene Besserung wahrzunehmen; er wurde mittheilsamer, sprach wieder Worte aus, die er sonst nicht mehr hatte aussprechen können, schrieb sogar stylistisch richtigere Briefe — da ging auf einmal Alles rückwärts; er hatte jetzt zeitweise Wahnideen; blieb oft lange an einer Stelle, ohne zu sehen oder zu hören; er konnte sich nicht mehr allein ankleiden. Dazwischen gab es wieder

lichte Momente. In den letzten Tagen vor der Aufnahme sang er oft 2—3 Stunden hinter einander; es trieb ihn zwecklos hinaus; den ihn Zurückhaltenden widersetzte er sich oft mit dem Stock. In der letzten Zeit trat noch Zittern und Unsicherheit beim Stehen und Gehen hinzu.

Stat. præs. (16. Oct. 1865).

Kräftiger, noch ziemlich gut genährter Körper. Schädel links etwas abgeflacht. Pupillen beidseitig erweitert, ohne Reaction. Puls 70 p. M. klein, aber regelmässig. Leichte Struma. Herzbefund normal. Leberdämpfung etwas verkleinert.

Der Kranke ist ganz verworren und blöde; er stottert stark und verschluckt einzelne Worte ganz, andere stösst er nur mühsam hervor und articuliert unsicher. Die Zunge tremuliert. Muskelzittern an verschiedenen Körperstellen; Händedruck schwach und unsicher; Gang breit und schwankend. Er spricht sehr wenig und kurz abgebrochen; er will nicht krank sein — es geht ihm „ganz gut". Er singt oft mit lauter, zitternder Stimme, ohne jede Notiznahme von seiner Umgebung; er ist sehr ungeschickt im Essen und Ankleiden und schon in den ersten Tagen unreinlich.

Gegen Mitte November ruhiger; rapider psychischer und körperlicher Zerfall. Am 21. November Abends entdeckt man ohne bekannte Veranlassung eine Luxation des Unterkiefers; dabei ist der Kranke stark comatös. Am andern Morgen hat der Kranke wiederum ohne zu eruierende äussere Ursache den Mund voll Blut und solches am Hemd und auch im Bett; er ist sehr blass, mit fadenförmigem Puls; linke Pupille weiter als die rechte. Sensorium freier als am vorigen Tag. Er fühlt gar keine Schmerzen, sondern im Gegentheil ein sehr angenehmes Zittern in den obern Extremitäten. Schlingen kann er beinahe gar nicht mehr. Lähmung der Blase und des Mastdarms; die Athmung ist sehr mühsam. Einige Tage später hatte sich der Kranke körperlich wieder etwas erholt; von da an stetige Zunahme aller Symptome.

Ende December tritt am rechten Unterschenkel eine erysipelatöse Entzündung auf, mit grosser Abscedirung in der Wadengegend. Patient klagt gar keine Schmerzen; er ist, wie immer, freundlich und zufrieden. Am 4. Jan. 1866 singt er Abends noch in gewohnter, alter Weise. Am folgenden Morgen findet man ihn in völliger Bewusstlosigkeit; Morgens 9 Uhr Tod.

Sectionsbefund. (24. Std. p. m.)

Gut genährte Leiche. Schädel hart, dick und schwer. Dura M. längs der Mittellinie fest mit der Pia M. verwachsen; ihre Blutleiter sind stark mit Blut gefüllt. Pia M. œdematös, verdickt, milchig getrübt, an die Hirnoberfläche adhærent. Um die vordern Hirnlappen herum zeigt sich eine $^1/_2$ Linie dicke Pseudomembran, die Innenfläche der Dura M. überziehend, in der Ausdehnung von der Sella turcica bis zur Stirnhöhe. Sie ist noch nicht alt, hat ein getiegertes Aussehen, dunkle Blutpunkte mit hell-gelblichen, durchscheinenden Stellen wechselnd, ungefähr wie Schildpatt aussehend; stärker rechts, wo auch die Oberfläche des Stirnlappens etwas flacher ist als links. Hirnwindungen klaffend, atrophisch, Hirnlappen unter sich fest verklebt. Die Hirnrinde hat ein speckiges Aussehen, ist blass-gelblich. Die Marksubstanz ist blutreich, serös durchfeuchtet. Die Seitenventrikel sind collabiert, enthalten sehr wenig Serum. Das Ependym ist verdickt; auf dem linken Corpus striatum sitzen noch Flocken als Rest einer frühern Verklebung. Die Basis der Ammonshörner ist sehr fest mit dem Dache des hintern Ventrikelhorns verklebt. Granulation des Ependyms ist vorhanden, aber nur spurweise.

Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber.

Fall No. XIII.

E., Leo, 44 J. alt, verehlicht, Rechnungscontrolbeamter.
J.-No. 600. Eintritt: 19. Februar 1866. Tod: 8. Jan. 1867.

Keine ererbte Anlage. Am 14. Aug. 1865 Schlaganfall mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit und Behinderung des Sprachvermögens; acht Tage später ein zweiter Anfall mit mehrtägiger Ischurie und zurückbleibender Unsicherheit der rechten Hand. Eine Kaltwasserkur verschlimmerte den Zustand; er war reizbar, machte allerlei unnütze Projecte, litt an Schlaflosigkeit. In die Wyler Privatanstalt verbracht wurde er aufgeregt, sprach laut und mit Pathos, mit untreuem Gedächtniss und gehemmter Articulation. Druck der rechten Hand ganz schwach; der Kranke war dabei ruhelos; hatte allerlei Einfälle, wollte täglich verreisen,

hatte wenig Schlaf, war unzufrieden und schimpfte Viel. Eines Morgens früh, als der Kranke noch im Bette lag, zeigte sich plötzlich wieder die Unfähigkeit des Articulierens, die sich bald wieder verlor. In der Folge machte er dann ganz masslose Projecte über Landwirthschaft, hielt sich für den einzig Geistesgesunden in der ganzen Anstalt.

Am 1. Febr. d. J. konnte er in Wyl „beruhigt“ entlassen werden; er schied voll Dank — aber mit behindertem Sprachvermögen, motorischer Schwäche in den Vorderarmen und eigenthümlich krankhafter Empfindung in den Vorderhirnlappen.

Zu Hause erlitt der Kranke Mitte Februar den 4. Anfall, mit Zungenlähmung, heftigem Kopfschmerz, Gefühle von Schwere im rechten Arm mit behinderter Muskelfunction, welche Symptome sich in wenigen Tagen verloren.

Als einziges ætiologisches Moment erscheint andauernde Beschäftigung mit Zahlen.

Stat. præs. (19. Febr. 1866).

Der Kranke ist kräftig und gut genährt. Linke Pupille erweitert. Zunge zittert und deviiert nach rechts. Herzschlag weder sicht- noch fühlbar. Herzdämpfung stark verbreitert. Systolisches Schwirren; der zweite Pulmonalton verstärkt. Beim Sprechen stösst der Kranke bedeutend an, articuliert oft mühsam. Händedruck beidseitig gleich. Der Kranke fühlt sich durchaus wohl, ist von gutmüthigem, freundlichem und ungemein dankbarem Character; etwelche psychische Schwäche deutlich erkennbar.

Am 24. Febr. klagt Patient bei der Morgenvisite über Kopfweh und heftigen Blutandrang gegen den Kopf. 1 Stunde später sinkt er halb ohnmächtig zusammen, wird blass, zittert heftig und friert; zu Bette gebracht, kann er lange nicht erwarmen, und hat einen kleinen, unregelmässigen Puls. Er erholt sich in einigen Tagen von diesem unvollkommenen Anfall. Die ganze Sache wiederholt sich am 13. März; in dem letzten Anfall sieht der Kranke verschiedene Figuren, u. a. auch Blumen aller Arten.

Im April kein Anfall. Der Kranke fühlt sich ungemein wohl und zufrieden, und „so stark, wie er noch nie gewesen“. Doch bemerkt man zunehmende Schwerfälligkeit im Sprechen, Unsicherheit der Bewegungen und rasche geistige Verblödung.

Im Mai ein leichter Anfall; von da an Grössenwahnideen der blödesten Art; er ist z. B. ein ausgezeichneter Jäger, hat schon eine Masse von Bären erlegt, und einmal in einem einzigen Schuss 17 Lämmergeier — er hält sich für den Besitzer grosser Liegenschaften, ferner sei ihm eine hohe Stelle bei der Eisenbahn zugesichert; dabei fühlt er sich unbeschreiblich wohl und zufrieden; er glaubt, seine Frau sei gegenwärtig hochschwanger; deshalb müsse er heim — aber zum Nutzen und Segen der andern Kranken will er noch 14 Tage hier bleiben.

Im Juli nimmt das Drängen nach Entlassung zu; er ist oft schlecht gelaunt; er halte es nicht mehr aus; ganz St. Gallen halte sich darob auf, dass er noch hier sei und nicht für seine Familie arbeite.

Im October tritt ohne Anfall eine mehrtägige, dann wieder cessierende Ischurie ein; der Kranke wird zusehends blöder und auch körperlich schwächer. Oft isst er sehr wenig, er will fasten.

Im December wird er unreinlich und Nachts immer störender; dabei fortdauernder Grössenwahn der blödesten Art; will ganz unmögliche Bergbahnen bauen, ein Paradies aus der hiesigen Gegend machen; er besitzt 100,000 Millionen silberne Tabaksdosen; er habe sie aber alle „beerdigt“. Mitte December kann er gar nicht mehr stehen, zittert heftig; Incontinenz der Blase; er behauptet, sein Urin sei das schönste Olivenöl. Gegen Ende December wird er immer schwächer, und klagt über Schmerzen im Rücken. Am 7. Januar 1867 hat er Besuch von Frau und Bruder; er scheint dieselben nicht mehr zu erkennen. Am 8. Januar Abends stirbt er.

Sectionsbefund. (35 Std. p. m.)

Schädel symmetrisch, 2—3 Linien dick. Nähte meist verwachsen. Dura M. längs der Mittellinie fest mit der Pia M. verwachsen; Pia M. hochgradig œdematös, getrübt, verdickt, vom Gehirn schwer ablösbar. Hirnwindungen abgeplattet, Hirnmasse fest, blutreich, serös durchfeuchtet. Starker Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis aller Ventrikel. Die Basis der Ammonshörner mit der Umgebung verklebt. Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Nieren.

Fall No. XIV.

Pf., Bernhard, 38 J. alt, verehlicht, Jurist und Archivar.
J.-No. 640. Eintritt: 21. August 1866. Tod: 9. April 1867.

Keine ererbte Anlage. Normale körperliche und geistige Entwicklung, bei sehr guten äussern Verhältnissen. Keine geistige Ueberanstrengung. Seit 3 Jahren glücklich verheirathet; 1 Kind. Seit 2 Jahren kein Bedürfniss mehr zu ehelichem Umgang; sehr wahrscheinlich aussereheliche sexuelle Excesse. Spuren von Irrsinn seit einigen Monaten; aussergewöhnliche Heiterkeit; Neigung zu Uebertreibungen.

Stat. præs. (21. Aug. 1866.)

Mangelhafte Ernährung; hochgradige Anæmie. Schädel symmetrisch; hohe Stirne; die rechte Pupille ist gut 4 Mal so weit als die linke und etwas verzogen, kaum reagierend. Puls regelmässig, schwach, etwas beschleunigt. Der Kranke ist unruhig, drängt fort, da er durchaus gesund sei, höchstens einen Badeort besuchen sollte; er lässt sich aber leicht besänftigen. Er hat eine Menge Wünsche, die er gutmüthig täglich wieder vorbringt, und deren Nichterfüllung ihn gar nicht aufregt. Seine Zunge stösst beim Sprechen stark an; dabei ist eine eigenthümliche Hin- und Herbewegung des Unterkiefers vorhanden.

Sehr ausgebildeter Grössenwahn mit starker Verworrenheit; er ist z. B. während seines Hierseins schon in Algier gewesen, hat dort 50,000 arabische Pferde für die schweizerische Armee angekauft; er hat in den letzten Tagen einen schweren Typhus durchgemacht; er erhält und versendet täglich Depeschen und macht grossartige Bestellungen und Geschenke.

Ende August muss er ein paar Tage isoliert werden, da er immer fortdrängt und dabei aufgeregt wird. Im September vollkommen ruhig; er fügt sich mit der seiner Krankheit eigenthümlichen Schwäche in den hiesigen Aufenthalt, liest, spielt Billard etc. Er ist sehr freundlich und dankbar und fühlt sich wohl; sein Aussehen hat sich etwas gebessert.

In den letzten Monaten des Jahres 1866 wird er zusehends blöder; sagt Nichts mehr vom Heimgehen, liest zwar noch Viel, aber ohne Verständniss. Vom Neujahr 1867 an vermehrte Beeinträchtigung der Sprache; der Kranke sucht mit Mühe nach

Ausdrücken und lallt immer undeutlicher. — Gegen Ende März treten wiederholt, besonders Abends, Zustände von Schwäche, Bewusstlosigkeit und Sopor ein. Der Kranke vermag nicht mehr zu stehen, kann nicht mehr sprechen. Am folgenden Morgen ist dann sein Befinden wieder ganz ordentlich; er ist wieder viel munterer, spricht leidlich und steht auf.

Von da an nehmen seine Kräfte rasch ab; er spricht kaum mehr einzelne Worte verständlich aus; er will jedoch viel sprechen und wiederholt dann mit hastiger Mühe einzelne Worte. Der Gang ist sehr schwankend geworden; er fällt häufig um und oft kann er gar nicht mehr stehen; auch das Schlingen ist sehr beeinträchtigt. Dabei stetsfort Grössenwahn und neu auftretender Trieb zum Fortgehen, sowie Sinnestäuschungen verschiedener Art.

Unter Erscheinungen von Lungenœdem stirbt der Kranke am 9. April.

Sectionsbefund. (24 St. p. m.)

Gute Ernährung. Schädel rechts abgeflacht, sehr verdickt und schwer. Dura M. mit dem Schädeldach fest verwachsen, ebenso mit der Pia M. längs der Mittellinie. Pia M. durchweg getrübt, verdickt (besonders in der Mittellinie) u. stark œdematös.

Hirnwindungen atrophisch. Hirnmasse stark serös durchfeuchtet, sehr blutreich und von fester Consistenz. Seitenventrikel fast leer, keine Ependymitis. Capillaren in den Seh- und Streifenhügeln, sowie in dem Pons sehr erweitert. Atherom an einer vereinzelten, kleinen Stelle der Art. basilaris.

Herzbeutel pergamentartig vertrocknet. Herzmuskel fettig degeneriert. Im rechten Cavum pleuræ mehrere Pfund klaren, hellgelben Serums; die rechte Lunge ist functionsunfähig an die Wirbelsäule angepresst, und von einer dicken Schwarte plastischen Exsudates bedeckt, welches durch ein hübsches, weitmaschiges Netz von frischen, blutrothen Fäden mit der Thoraxwand verbunden ist. In beiden Lungenspitzen Tuberkel und kleine Cavernen. Linke Lunge stark œdematös. Leber im Beginn fettiger Entartung.

Fall No. XV.

St., Jacob, 43 J. alt, geschieden, Glaser.

J.-No. 697. Eintritt: 20. August 1867. Tod: 5. December 1868.

Der Vater des Kranken war melancholisch und starb an Suicidium. Der Kranke selbst war stets ein wunderlicher, excentrischer Mensch ohne Arbeitslust und dem Trunk ergeben. Vor 5 Jahren Scheidung wegen Misshandlung der Frau; œkonomischer Ruin; schon seit Jahren im Pfrundhaus versorgt. Ende März bis Mitte Juli im Spital verpflegt wegen eigenthümlicher Rheumatismen mit Contracturen. Anfang August fing er an, unzufrieden zu sein und bald zeigte sich exquisiter Grössenwahn mit Unreinlichkeit, vorübergehenden Aufregungen und, besonders nächtlichen, Zerstörungen. Er hielt sich für inspiriert, verlangte Reisegeld nach Jerusalem, wo er ein Museum zu errichten gedenke.

Stat. præs. (20. Aug. 1867).

Leichte Gehstörung. Sprache noch intact. Pupillen gleich gross, sehr eng, von geringer Reaction. Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Allgemeinernährung etwas mangelhaft.

Patient will nicht krank sein. Im Uebrigen die oben aufgeführten Wahnideen. — Den Herbst und Anfang Winter durch arbeitet er Etwas im Holzschopf. Die Gehstörung macht aber rasche Fortschritte, so dass er von Februar 1868 an nicht mehr arbeiten kann. Sehr entwickelter Grössenwahn. Er behauptet eine Maschine zum Goldmachen zu besitzen; dieselbe stehe aber auf dem heiligen Berg; er will 2000 Arbeiter herbeiholen, um hier Paläste zu bauen; ferner 200 Frauen für die hiesige Küche; er besitzt ein unfehlbares Geheimmittel für alle möglichen Krankheiten.

Im Sommer 1868 besteht ein sichtlicher Stillstand in der Entwicklung der Krankheit. Vom September an magert er aber rasch ab; der Gang ist sehr schwankend, fast unmöglich. Die Sprache ist deutlich verlangsamt; die Zunge wird immer noch gerade herausgestreckt, zittert aber etwas. Dabei nimmt die psychische Schwäche ebenfalls rasch zu. Von Ende November an muss Patient fortwährend liegen; schon in den ersten Tagen tritt ein rasch sich vergrössernder Decubitus auf, mit Oedem der Füsse und des Scrotums.

Vom 1. Dezember an kann Patient nicht mehr allein essen, und vom 3. an nur flüssige Nahrung; die Pupillen werden jetzt etwas weiter, aber immer noch unter der Norm. Patient ist ganz blöde; er kann nur noch undeutlich lallen; zittert an allen Extremitäten; die untern kann er gar nicht mehr bewegen. Etwas Dyspnœ mit erhöhter Temperatur und beschleunigtem Puls. Unter den Zeichen des Lungenœdems stirbt Pat. am 5. December.

Sectionsbefund. (18 Std. p. m.)

Hochgradige Abmagerung. Schädel zeigt leichte, linksseitige Abflachung; er ist nur stellenweise verdickt, im Ganzen eher verdünnt. Dura M. adhæriert ziemlich fest am Schädel. Die Pia M. der ganzen Convexität œdematös, verdickt und getrübt. Längs der Mittellinie, und auch an einzelnen Stellen zwischen der Gyri gibt diese œdematöse Infiltration der Pia M. das Aussehen einer bis 4 Linien dicken Gallertschicht.

Hirnwindungen sehr abgeplattet und besonders stellenweise ausserordentlich atrophisch. — Hirnsubstanz œdematös und hyperæmisch. Starker Hydrocephalus internus. Ventrikel-Ependym stellenweise verdickt, aber nicht granuliert. — Die rechte Art. fossæ Sylvii zeigt an ihrem Anfang einige atheromatöse Einlagerungen.

Beidseitig zahlreiche alte pleuritische Adhæsionen. Linke Lunge, besonders in den untern Partien, sehr hyperæmisch und œdematös, überall lufthaltig. Die Bronchien, aus denen sich eine schwach blutig tingierte schaumig-seröse Flüssigkeit ergiesst, bieten eine sehr hyperæmische dunkelbraunrothe Schleimhaut von gegittertem Aussehen.

Die rechte Lunge zeigt dieselben Verhältnisse; nur ist in den untern Partien die Hypostase noch bedeutender und der Luftgehalt noch geringer. — Herz mit dem Herzbeutel überall durch Binde-Gewebsstränge innig verwachsen. — Ziemlich hochgradiges Atherom der Aorta. Fortgeschrittene Lebercirrhose. Rindenatrophie beider Nieren.

Fall No. XVI.

B., Hieronymus, 54 J. alt, verehlicht, Holzhändler.

J.-No. 730. Eintritt: 2. April 1868. Tod: 12. November 1868.

Keine familiäre Anlage. Gutmüthiger, solider Character; ohne Vermögen. Im Sommer 1867 betheiligte er sich gegen seine Gewohnheit an einem nicht ganz redlichen Holzgeschäft, das ihm viele Vorwürfe seiner Mitbürger zuzog; er nahm sich dieselben sehr zu Herzen, wurde tiefsinnig und ergab sich dem Trunk. Im Laufe des Winters wurde seiner Umgebung die geistige Störung ersichtlich; sein Wesen wurde unstet; es entwickelte sich deutlicher Grössenwahn, der auf seinen Holzhandel Bezug hatte; daneben aber wurde er allmählig theilnahmlos und in den letzten Tagen vor der Aufnahme unreinlich.

Stat. præs. (2. April 1868.)

Sehr abgemagerter und anæmischer Körper. Gang schwankend, Sprache stark lallend. Rechte Pupille erweitert; beide Pupillen reagieren ordentlich. Zunge wird gerade, aber zitternd herausgestreckt; der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer als der linke. Der Kranke spricht mit Vergnügen von seinem grossen Vermögen (ca. 40,000 Fr.), von seinem Holzhandel etc.

Am 5. April hat er einen kurz dauernden epileptiformen Anfall. Der Kranke ist ruhig und theilnahmlos; dabei gut lenksam. Ende April zwei grosse Furunkel am rechten Oberschenkel, die sehr langsam heilen. Patient ist bis jetzt reinlich.

Im Juni Ernährung besser; die Quantität der Wahnideen nimmt zu; er macht nun schon Geschäfte in Millionen und hat zu Hause ganze Kammern voll Reichsthaler.

Im August ist Patient schon ganz bedeutend blöde geworden; er gibt kaum mehr Antwort, höchstens „es geht gut“. Er sammelt eifrig Steinchen und andere kleine werthlose Gegenstände, die er dann in seinen Kleidern verbirgt. Jetzt ist er häufig unreinlich und zerreisst oft seine Kleider. Appetit und Schlaf gut. Ernährung leidlich, Gang schwankend, breit; Sprache lallend, langsam.

Anfangs November profuse Diarrhœn; die Ernährung hat sehr abgenommen. Rasche Verschlimmerung aller Symptome. Am 11. November acut febrile Erkrankung an doppelseitiger Pneumonie. Am 12. November Tod.

Sectionsbefund. (32 Std. p. m.)

Schädel sehr verdickt und hart. Pia M. ödematös, stellenweise getrübt und verdickt. Hirnwindungen abgeplattet. Hirnsubstanz blutarm, feucht. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Die hintern und untern Partien der Lobi infer. beider Lungen im Stadium der rothen Hepatisation.

Beginnende Lebercirrhose. In beiden Nieren zahlreiche kleinere und grössere Cysten.

Fall No. XVII.

G., Heinrich, 35 J. alt, verehlicht, Gasfabrikaufseher.
J.-No. 750. Eintritt: 25. Juni 1868. Tod: 11. September 1868.

Keine ererbte Anlage. Körperlich und geistig normale Entwicklung, etwas cholerisch, dabei aber gutmüthig. Oekonomisch gute Verhältnisse; glückliche Ehe; 2 Kinder, von denen eines bald nach der Geburt an Meningitis starb.

Die ersten Krankheitserscheinungen traten im Sommer 1866 auf; erschwertes Sprechen, dann Schwerbesinnlichkeit; Kopfschmerzen und Gedächtnissschwäche. Ein langer Landaufenthalt brachte Besserung, so dass er im Winter 1866/67 seine Stellung wieder versehen konnte. Anfang Sommer stellten sich die gleichen Erscheinungen in vermehrter Auflage ein. Im October gesellten sich hierzu noch tetanische Anfälle und krampfhafte Attaquen von Dyspnœ bei getrübtem Bewusstsein, gewöhnlich von 10—15 Minuten Dauer. Der erst jetzt consultierte Arzt fand „grosse Aufregung des Gefässsystems, mit starkem Schweiss; Athem keuchend; Krämpfe allgemein, anfallweise, aussetzend, mit grossen Pausen; Kräfte von Tag zu Tag abnehmend; Schlaf unruhig; Hallucinationen, namentlich des Gesichts; Intelligenz sehr reduciert; ein waches, unruhiges Traumleben". In der Folge besserte sich der Zustand; nur die geistige Schwäche blieb.

Vom December 1867 bis zum Aufnahmsdatum besteht eine Lücke in der Anamnese; am 25. Juni wird der Kranke in desolatem Zustand in die Anstalt verbracht; nur so viel ist zu eruieren,

dass er in der letzten Zeit auf dem Lande untergebracht war und dort die Krankheit unter verschiedenen Aufregungszuständen raschen Fortgang genommen hat.

Stat. præs. (25. Juni 1868).

Der Kranke ist abgemagert, von anæmisch blassgelbem Aussehen; er ist sehr furchtsam, misstrauisch, in beständiger Jactation und Verwirrung — ohne Aufhören mit lallender Sprache allerlei Unsinn durch einander schwatzend. Gehen kann er nicht. Er lässt Urin und Stuhl unter sich gehen; Appetit gut. Der Inhalt der Delirien ist nicht zu entziffern; er ist nur mit diesen letztern beschäftigt; im Uebrigen sehr apathisch; hie und da schreit er laut.

Ende Juli treten über dem Kreuzbein mehrere Decubitusstellen auf, die sich in der Folge unaufhaltsam vergrössern. Pat. magert rasch ab.

Unter den Symptomen zunehmender Schwäche tritt am 11. September der Tod ein.

Sectionsbefund. (19 Std. p. m.)

Dicker Schädel. Pia M. œdematös, verdickt. Bedeutender Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis. Hirnwindungen platt atrophisch; Hirnsubstanz weich, œdematös, stellenweise halb maceriert. Der übrige Befund ist ohne Wichtigkeit.

Fall No. XVIII.

M., Rudolf, 41 J. alt, ledig, gew. franz. Marineofficier.
J.-No. 752. Eintritt: 13. Juli 1868. Tod: 4. April 1869.

Keine ererbte Anlage. Patient hatte in seiner Jugend einen hochfahrenden, jähzornigen Character. Mit 17 Jahren verliess er die Heimath; war zuerst drei Jahre lang in französischen Seediensten; trieb sich dann ohne bestimmte Beschäftigung 4 bis 5 Jahre lang in Algier herum und kam dann körperlich und geistig zerrüttet heim. Seit etwa 2 Jahren Sinnestäuschungen, Wahnideen, Grössenwahn.

Stat. præs. (13. Juli 1868).

Reducierte Ernährung und schlaffe Musculatur. Rechte Pupille erweitert; beide von träger Reaction; beidseitige, beginnende

Corticalcataract. Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt; Puls 80, klein. Rechter Mundwinkel steht tiefer; Sprache anstossend, langsam, lallend. Gang unsicher, verlangsamt, schleudernd. Gesichtsausdruck blöde, meist lächelnd. Ideenflucht; Intelligenz sehr reduciert. Patient wähnt grosses Vermögen und hohe Connexionen zu besitzen. Er ist aber gleichzeitig sehr fügsam und affectlos.

Am 13. Aug. erster Anfall. Der Kranke fällt Morgens plötzlich bewusstlos zusammen; aus Nase und Mund soll sich dabei eine grosse Menge klarer und fadenziehender Flüssigkeit entleert haben. Patient liegt den ganzen Tag in tief comatösem Zustand da; Puls voll und etwas beschleunigt; Reflexerregbarkeit fast aufgehoben; rechte Pupille noch mehr erweitert und rechter Mundwinkel noch tiefer hängend als bisher. Am folgenden Tage ist das Bewusstsein theilweise wiedergekehrt; Patient lacht blöde, wenn man ihn anspricht, versucht einige Töne herauszulallen; auch stehen kann er noch nicht; die rechte untere Extremität scheint gelähmt zu sein.

Am 17. Aug. zweiter Anfall von 10 Minuten Dauer; Bewusstlosigkeit mit clon. Zuckungen aller Muskeln der rechten Körperhälfte, und zwar bald die Muskeln der Extremitäten, bald diejenigen des Gesichts, des Nackens und der Augen. Dabei beisst sich der Kranke in die Zunge.

Nach dem Anfall baldige Rückkehr des Bewusstseins; rechter Arm und rechtes Bein sind völlig gelähmt; auch die Sensibilität scheint auf dieser Seite reduciert; der Kranke reagiert gegen mechanische Insulte bedeutend weniger als links. Die Convulsionen wiederholen sich am 17. Abends, am 18. Abends, am 19. Morgens und Nachmittags und am 20. Morgens; jedes Mal 7 bis 10 Minuten ganz in gleicher Weise.

Am 22. Morgens und Mittags, am 23. Morgens Anfälle von je 10 Minuten Dauer. Einige Tage nachher erscheinen die Lähmungssymptome etwas geringer; der rechte Mundwinkel steht weniger tief; die rechte Pupille ist etwas enger und reagiert besser; Patient kann einige Worte hervorlallen. Anfangs September hat sich auch wieder etwelche Beweglichkeit des rechten Arms und des rechten Beins eingestellt; am 6. Sept. steht er wieder auf,

schleppt das rechte Bein zwar noch bedeutend nach und schwankt sehr beim Gehen.

Mitte September spricht Patient wieder viel deutlicher, wenn er auch noch immer anstösst; die Zunge deviiert jetzt leicht nach rechts; die Gesammternährung ist wieder etwas besser; der Ende August begonnene Decubitus heilt wieder. Der Kranke bietet jetzt ungefähr das gleiche Bild, wie vor den Anfällen.

Am 27. October Morgens Anfall. Bei der Visite findet man den Kranken mit nach rechts gewandtem Kopf; der linke Arm in Flexion fest auf die Brust angedrückt; das linke Bein in Extensionsstellung steif ausgestreckt; der rechte Mundwinkel steht wieder beträchtlich tiefer; die Pupillen sind beidseitig fast gleich weit; die rechte ist kaum noch eine Spur weiter. Zunge wird gerade herausgestreckt; doch erfolgt dieser Act erst nach längerem Zurufen; etwas Schaum vor dem Mund; schwere Benommenheit; keine Temperaturerhöhung.

Die 3 folgenden Tage liegt Patient in demselben Coma und denselben Contracturen des linken Arms und des rechten Beins. Am 30. October sind die Contracturen verschwunden; Patient ist etwas besser besinnlich, gibt aber noch keine rechte Antwort; er sagt nur „ja“ und „nein“, blöde lächelnd. Am 29., 30. und 31. October bricht er alles Genossene; Am 2. November ist der Zustand weit besser; er steht wieder hie und da auf.

Gegen Mitte November ist Patient oft aufgeregt und laut; aber immer nur auf kurze Zeit und nie gewaltthätig. Die Pupillen werden allmählig ganz gleich, ziemlich eng. Der rechte Mundwinkel steht nicht mehr tiefer; die Zunge wird jetzt ganz gerade herausgestreckt; hingegen die Störungen der Sprache und des Gangs, sowie die sehr daniederliegende Intelligenz bleiben sich vollkommen gleich. Er ist immer sehr freundlich; in der letzten Zeit äussert er stets den Wahn, er sei in Norwegen von Wölfen gebissen worden.

Im December ist er hie und da sehr laut, meist aber fügsam. Am 27. März 1869 wieder ein heftiger Anfall; an den Convulsionen betheiligen sich vorzüglich die Muskeln der linken Körperhälfte; der Sopor nach dem Anfall dauert mehrere Stunden.

Am 29. März neuer Anfall; nachher starkes Coma; die r. obere Extremität ist in Contractur; Koth und Urin gehen unwillkürlich ab.

Am 30. März wieder ein sehr heftiger Anfall; von da an bis zum Tod hält der Sopor an; hie und da lallt er unverständliche Worte hervor; das Schlingen selbst flüssiger Nahrung ist ausserordentlich erschwert.

Am 4. April Abends Tod.

Sectionsbefund. (39 Std. p. m.)

Oedem der Pia M. und des Gehirns. Atrophie der Windungen; Verfärbung der Corticalis. Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Hypostat. Pneumonie in beiden untern Lungenlappen. Atherom der Aorta. Verfettung des Herzens und der Leber.

Fall No. XIX.

M., Johann, 34 J. alt, verehlicht, Kaufmann.

J.-No. 754. Eintritt: 7. August 1868. Tod: 4. Februar 1871.

Keine ererbte Anlage. Sehr günstige Vermögensumstände; glückliche, wenn auch kinderlose Ehe. Lebenslustiger, aber solider Mann von mittlerer Begabung und etwas erregbarem Character.

Vor 3 Jahren Erkrankung mit abwechselnden Erscheinungen von Depression und Exaltation. Eine Gelegenheitsursache wäre höchstens in den damals sehr überhäuften Geschäften zu suchen. Anno 1866 während 3 Monaten in der Kreuzlinger Privatanstalt. Anfänglich heftiger Kopfschmerz; Sensibilitätsalterationen in den Extremitäten; oft ungleicher Stand der Pupillen. Im Anfang der Krankheit hie und da unreinlich; daneben fortschreitende geistige Verblödung. In der letzten Zeit Vermehrung und Verlängerung der Aufregungen.

Stat. præs. (7. Aug. 1868.)

Kräftiger und gut genährter Mann mit stark rother Gesichtsfarbe. Rechte Pupille beträchtlich erweitert, ohne Reaction. Deviation der Zunge nach Rechts. Puls 80, klein, regelmässig. Sprache hie und da leicht anstossend. Gang unsicher. Patient ist stark ideenflüchtig, sehr blöde, ohne jeden tiefern Affect; gehobenes Selbstgefühl; Gedächtniss und Urtheilskraft sehr

reduciert; er spricht und schreibt unzusammenhängendes, wirres Zeug; Schrift schlecht, doch nicht exquisit zitternd.

Bis Ende September leidlich ruhig; nur hie und da leichte Aufregungen mit Entlassungsbegehren; oft auch m. w. lang andauernde, blosse Verstimmungen. Am 18. September und an den folgenden Tagen Gewaltthätigkeiten gegen die Wärter; er muss mehrere Tage isoliert werden. In der darauf folgenden Zeit wird eine deutliche Zunahme des Stotterns und der Zungendeviation bemerkt. Ende October unreinlich; vermehrte Blödigkeit und auch reduciertes körperliches Befinden.

Am 28. November erster epileptiformer Anfall; plötzliche Bewusstlosigkeit mit clonischen Krämpfen in den beidseitigen Oberlid- und den linksseitigen Mundwinkel-Muskeln; die Bulbi sind etwas nach links gewendet und bewegen sich in clonischen Zuckungen um ihre Verticalaxe. Der Kopf ist nach links gedreht, und der linke M. cucullaris befindet sich in tonischer Contraction. Die Extremitäten hängen schlaff herunter. Die Pupillen sind beidseitig weit, doch rechts noch viel weiter als links. Der Anfall dauert kaum 10 Minuten, mit zurückbleibendem Sopor und beträchtlicher Schwäche. Nach 3 Tagen bietet der Kranke ganz das frühere Bild.

Am 29. November zweiter Anfall; während ca. 5 Minuten Bewusstlosigkeit ohne Zuckungen; nachher auffallend taumelnder Gang; hie und da tagüber fibrilläre Muskelzuckungen im Gebiet des Facialis.

Bis zum Juni 1869 wiederholt epileptiforme Anfälle; Patient wird blöder und schwerfälliger.

Am 9. September kurzer Anfall; am 13. October Anfall mit mehrstündiger linksseitiger Parese; nachher ist sein Gang sehr schwankend und unsicher. Patient wird anhaltend unreinlich. Allgemeinzustand ist bedeutend reduciert; Verblödung und Paralyse in stetiger Zunahme.

Bis zum Mai 1870 öfters leichte, bald vorübergehende Anfälle. Patient sitzt jetzt meist ruhig nnd theilnahmlos Stunden, ja Tage lang am gleichen Ort; nur selten kurze Aufregungen mit Gewaltthätigkeiten.

Anfangs September folgt auf einen Anfall ein mehrere Tage dauernder, vollkommen soporöser Zustand. Ende November

wiederholt sich dieser mehrtägige Sopor. Am 27. December ein langer Anfall, mit hauptsächlicher Betheiligung der linken Körperhälfte. Von da an rasche Zunahme der Schwäche.

Am 4. Februar Tod.

Sectionsbefund. (40 St. p. m.)

Mässig gute Ernährung. Schädel dünnwandig, aber compact. Leichte rechtsseitige Abflachung. Dura M. sehr verdickt; innig mit Knochen und Pia M. verwachsen. Pia M. stark œdematös, getrübt, der Hirnrinde innig adhærent. Hirnwindungen sehr abgeplattet und atrophisch. Rinde schmal und wie die Marksubstanz teigig, sehr œdematös. Ausserordentlich ausgebildeter Hydrocephalus internus, mit chron. Ependymitis.

Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber.

Fall No. XX.

B., Friedrich, 27 J. alt, verehlicht, Spengler.

J.-No. 884. Eintritt: 8. April 1870. Tod: 11. December 1872.

Keine ererbte Anlage, in Bezug auf Irrsein — hingegen starben mehrere kleine Geschwister an Meningealtuberculose; ein älterer Bruder an Lungentuberculose. Patient hat eine nicht kräftig scheinende, aber zähe, nicht kränkelnde Natur, ein sanguinisches, etwas wankelmüthiges Temperament. Er gilt als fleissiger, sehr solider Arbeiter, der seit drei Jahren ein eigenes, durchaus sorgenfreies Geschäft betreibt. Keinerlei Excesse; nur eine etwas eifrige Erfüllung der ehelichen Pflichten. Seit $2^1/_2$ Jahren glücklich verheirathet, hat 2 kleine, gesunde Kinder. Seit einem vor 4 Jahren überstandenen, schweren Typhus ist er sehr empfindlich gegen Weingenuss; er wird von kleinen Quantitäten schon aufgeregt, und gegen seine sonstige Gewohnheit zanksüchtig. Schon im Anfang des letzten Winters beobachtete man an ihm eine eigenthümliche Körperabnahme; dabei Klagen über Schwindel und Dunkelwerden vor den Augen; in der Folge Uebelkeiten, Pleurodynie und Lumbago und schliesslich auch Schlaflosigkeit. Am 22. Februar constatierte der behandelnde Arzt nur einen

Zustand von allgemeiner Schwäche mit etwas gedrückter Gemüthsstimmung; drei Tage später Beängstigung, Druckgefühl auf der Brust, etwas Husten und Fieber; kein blutiger Auswurf; Anfälle von Ohnmacht beim Aufstehen und Unfähigkeit zu Gehen; Zittern am ganzen Körper; momentane Bewusstlosigkeiten. Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab links hinten und unten relative Dämpfung, Knistern und schwaches Reibegeräusch. Die rechte Pupille schien etwas weiter zu sein als die linke; beide sehr träge reagierend, etwas lichtscheu. Beim Sprechen verlangsamte Pronunciation, leichte Aphasie.

In den folgenden Tagen verschwinden die Brustsymptome mit dem Fieber; dagegen bleibt, eher noch verstärkt, die psychische Verstimmung („er sei verloren", „könne nicht mehr gesund werden"). Die Aphasie wird stärker; die Zunge zittert beim Herausstrecken; die Pupillen werden weiter bei verstärkter Empfindlichkeit gegen Licht. Puls klein. Zeitweise Krämpfe mit Unruhe und Aengstlichkeit; Versuche, fortzulaufen; auf grosse Opiumdosen nach und nach Ruhe, bei etwas anhaltenderem Schlaf und wiederkehrendem Appetit. Die Pupillen werden enger und lichtfreier, dagegen treten immer bestimmtere und lebhaftere Wahnideen auf (Vergiftungswahn; ferner, er sei ganz verfault inwendig; er dürfe nicht mehr zu Stuhle gehen, sonst gehe Alles mit einander fort); zuweilen Nahrungsverweigerung, viel Schlaf.

Stat. præs. (8. April 1870.)

Schlechter Ernährungszustand; grosse Anæmie. Der Schädel erzeigt eine linksseitige Abflachung; Glatzkopf; Pupillen von mittlerer Weite und lebhafter Reaction; die rechte ist etwas weiter als die linke. Die Zunge wird zitternd herausgestreckt. Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer. Leichtes systol. Blasen bei sonst normalem Herzbefund. Puls 60, klein, regelmässig. Der Kranke gibt auf Fragen kaum Anwort, ist verwirrt, unklar und ängstlich.

Er steht in den ersten Tagen in den Ecken und Winkeln herum, ist gegen seine Umgebung sehr apathisch; er verweigert zuerst häufig das Essen; nach einer künstlichen Fütterung tritt dann förmliche Gefrässigkeit ein. Ende Mai unreinlich; die Ernährung nimmt im Herbst und Winter sichtlich zu; psychisch bleibt Patient ganz unverändert.

Im Mai 1871 hat er Besuch mit der Todesnachricht des Vaters, aber er nimmt von keiner der beiden Sachen die geringste Notiz. Bis April 1872 stets der gleiche Zustand; körperlich wohl bei hochgradiger, geistiger Blödigkeit. — Von da an tolle, oft auch aggressive Aufregung; der Kranke zerreisst und zerstört Alles, schmiert in der grässlichsten Weise und verzehrt auch hie und da seine Excremente.

Diese Aufregung hält Sommer und Herbst durch unverändert an; Ende November eine etwa 14 Tage andauernde, der Medication nicht zugängliche Diarrhœ, die den bisher gut aussehenden Kranken sehr herunterbrachte. Meist ist Patient sehr grob gegen alle Besuche; hie und da nennt er jedoch die Aerzte seine „goldenen Väter“ — zuweilen ist er „der reiche B....“, hat „goldene Uhren“ und „goldene Ringe“.

Am 9. December Mittags wird der Kranke vollständig soporös neben seinem Bett, am Boden liegend, getroffen; um drei Uhr zeigen sich clonische Krämpfe an der rechten oberen Extremität. Um 4 Uhr nimmt er eine Tasse Milch; das Schlingen geht noch ordentlich von Statten — um 6 Uhr ist er noch immer sprachlos. Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen der linken Gesichtshälfte.

Am 10. December recitiert er häufig ein und dasselbe Wort, liegt in gekrümmter Lage auf der rechten Seite, welche Lage er immer wieder einnimmt, wenn er aus derselben gebracht wird. Das Schlingen ist noch immer möglich. Abends Trachealrasseln, tiefer Sopor.

Am 11. December Morgens 8 Uhr Tod.

Sectionsbefund. (26. Std. p. m.)

Schädel sehr verdickt, (am Stirnbein bis $^1/_2$ Zoll). Auf der Innenfläche der Dura M. sitzt eine dünne, gelbröthliche Pseudomembran, mehr über der linken Hæmisphäre. Pia M. in ihrer ganzen Ausdehnung stark getrübt, verdickt und œdematös. An einzelnen Stellen eingelagerte Kalkplättchen, namentlich über dem linken, vordern Grosshirnlappen. Innige Verwachsung der Pia M. mit der Hirnoberfläche. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis. Hirnwindungen atrophisch; Hirnsubstanz mässig blutreich, weich und œdematös.

Die rechte Lunge ist in dem untern Theil des obern und im ganzen mittleren Lappen der Sitz einer frischen croup. Pneumonie. Im Darm ist ausser Auflockerung und intensiver Hyperæmie unterhalb der Ileocæcalklappe nichts Pathologisches auffindbar. Beginnender Morb. Brighti in beiden Nieren.

Fall No. XXI.

T., Georg, 41 J. alt, verehlicht, Mechaniker.
J.-No. 905. Eintritt: 5. Juli 1870. Tod: 6. December 1870.

Der Vater und ein Bruder des Kranken starben frühzeitig an „Auszehrung". Er selbst ist seit 17 Jahren nicht sehr glücklich verehlicht; 3 Kinder starben schon in den ersten Tagen an „Convulsionen". Trotz gutem Verdienst hatte Patient stets mit Nahrungssorgen zu kämpfen. Die 3 letzten Jahre vor Ausbruch der Krankeit, die sich von einem Jahre her datiert, war er als Monteur in Frankreich und ergab sich dort stark dem Trunk. Im Beginn seiner Krankheit konnte er zeitweise nicht mehr recht arbeiten; er wurde nach und nach vergesslich, willenlos, unsicher im Gehen und Sprechen, förmlich gefrässig; allmählich ganz unfähig zur Arbeit, schlief wenig, wurde unruhig, hie und da sehr aufgeregt, litt häufig an Stuhlverstopfung. Die rechte Pupille wurde auffällig weiter und reagierte schwächer; keine Convulsionen. In der letzten Zeit sehr aufgeregt, oft förmlich tobend.

Stat. præs. (5. Juli 1870.)

Ordentliche Ernährung. Rechte Pupille bedeutend erweitert, träge reagierend. Die rechtsseitigen Gesichtsfalten sind flacher als links, ebenso steht der rechte Mundwinkel tiefer und weicht die mit Zittern herausgestreckte Zunge nach rechts ab. Milzdämpfung stark vergrössert. Leber- und Herzdämpfung normal, Herztöne rein. Der Gang ist unsicher, breitspurig; die Sprache auffallend langsam und stotternd. Gedächtniss und Willenskraft geschwächt. Er hat kein klares Bewusstsein, weder von der jüngsten Vergangenheit, noch von der Gegenwart; er erzählt mit blödem Lachen, dass seine Frau sich zur Zeit in gesegneten

Umständen befinde, und dass ihm schon 3 Kinder gestorben seien. Bei der Aufnahme und bei der Untersuchung ist er ganz ruhig; lässt apathisch Alles mit sich geschehen.

In den folgenden Monaten erfolgt eine sehr rapide Zunahme aller Symptome; die Unbesinnlichkeit und das Verlorensein steigern sich im Juli so, dass er nicht einmal mehr zu Arbeiten im Garten kann verwendet werden. Ende November ist er nicht mehr im Stande ohne Stützen zu gehen; er leidet an Incontinenz der Blase und des Mastdarms; zernagt und zerreisst hie und da seine Kleider. Am 4. December apoplectiformer Anfall (nähere Notizen fehlen); am 6. December erfolgt der Tod unter den Zeichen eines zunehmenden Marasmus.

Sectionsbefund. (27 St. p. m.)

Dünner, asymmetrischer Schädel. Dura M. stark verdickt, und innig verwachsen sowohl mit den Knochen als auch mit der Pia M. Letztere durchweg getrübt. Hirnwindungen atrophisch. Hirnsubstanzen œdematös. Bedeutender Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Beginnende fettige Degeneration der Leber.

Fall No. XXII.

R., Caspar, 39 J. alt, verehlicht, Briefträger.

J.-No. 929. Eintritt: 10. November 1870. Tod: 29. März 1871.

Keine ererbte Anlage. Der Kranke (das zweitjüngste von 14 Kindern, von denen 6 jetzt noch leben), wuchs unter harter und roher Zucht auf, genoss aber bei guter Begabung gehörigen Schulunterricht. Nachher musste er in einem Appretiergeschäft harte Arbeit leisten, lief dann fort und kam als 17jähriger Bursche in neapolitanische Militärdienste; er blieb dort 6 Jahre lang und ergab sich Excessen jeder Art.

Nach seiner Rückkehr arbeitete er wieder als Appretierer; in den letzten 6 Jahren war er zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten als Briefträger angestellt. Er lebt schon seit 10 Jahren in glücklicher Ehe; seine 2 Kinder sind frühzeitig an Convulsionen

gestorben. Patient war immer eher zart als kräftig, doch ausdauernd, von sanguinischem Temperament, sehr lenksam und gutmüthig.

Seit 2 Jahren wurde er hie und da vergesslich, unzuverlässig; wiederholte sich in seinen Angaben und Erzählungen, wurde gegen frühere Gewohnheit aufbrausend, und gleich nachher wieder weinerlich und ängstlich. In geschlechtlicher Beziehung soll er schon mehrere Jahre impotent sein. Schlaf unruhig.

Stat. præs. (10. Nov. 1870.)

Mittelmässige Ernährung. Spärliches, etwas ergrautes Kopfhaar. Linke Pupille erweitert; beide reagieren träge; die linksseitigen Gesichtsfalten sind verstrichen; der linke Mundwinkel steht tiefer. Die mit Zittern vorgestreckte Zunge und das Zäpfchen weichen nach links ab. Die Sprache ist stotternd; die Pronunciation sehr verlangsamt. Die Inguinaldrüsen sind beidseitig stark geschwellt; am Penis sind deutliche Narben sichtbar. Der Gang ist schwankend, unsicher. Das Gedächtniss ist geschwächt, namentlich für die jüngste Vergangenheit; der Kranke ist indolent gegen Alles, was mit ihm geschieht. Er hält sich zwar für krank, aber nur in Bezug auf Stuhl und Schlaf; es fällt ihm aber trotzdem nicht auf, dass er in eine Irrenanstalt verbracht wurde. Er ist ruhig und reinlich; will nicht arbeiten, weil er zu schwach sei. Wegen Verdacht auf Lues wird vom 28. Nov. bis 8. Dec. eine Mercurialkur, und nachher vom 20. Dec. bis 7. Jan. 1871 Jodkali — doch Beides ohne jeden Erfolg.

Unterdessen haben die Lähmungserscheinungen und die Verblödung zugenommen. Patient klagt häufig über schmerzhafte Krämpfe in den Beinen und im Rücken. Anfangs Februar entdeckt man eitrigen Ausfluss aus der Urethra, der nach eingeleiteter Therapie bald aufhört.

Am 23. März epileptiformer Anfall mit vorwiegender Betheiligung der linken Körperhälfte.

Am 28. März zweiter epileptiformer Anfall, wobei der Kopf nach links gedreht und die linke obere Extremität besonders starken Convulsionen unterliegt. Seit dem ersten Anfall liegt er meist soporös da, kann höchstens ganz kleine Portionen flüssiger Nahrung schlingen; er muss wegen Ischurie wiederholt cathetrisiert

werden. In den letzten Tagen rasch um sich greifender Decubitus über dem Os Sacrum.

Am 29. März Morgens Tod.

Sectionsbefund. (25 Std. p. m.)

Schädel leicht asymmetrisch. Schädeldach dünnwandig, aber compact. Dura M. über den Hæmisphæren, besonders über der rechten, ausserordentlich verdickt (bis $^1/_4$ Zoll), lamellös, blutreich; mit der Pia M. stellenweise, namentlich an den Gefässbrücken, innig adhærent. Die innere Fläche der Basaldura ist mit einer zarten Schicht eines frischen Hæmatoms bedeckt; in den grossen Sinus der Dura M. nur wenige Tropfen Blut. Pia M. stellenweise milchig getrübt, verdickt, sehr blutreich, von der Hirnoberfläche überall ablösbar. Hirnwindungen abgeflacht; die Rindensubstanz verschmälert; sie sowohl als das Mark blutreich, mässig zähe und feucht. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Linke Lunge in ihrem untern Lappen sehr stark „hypostatisch", im Uebrigen œdematös. Rechts frische Pleuritis mit ca. 1 Pfd. flockig-trübem Serum und reichlicher, speckiger Schwartenbildung. Rechts zeigt die Lunge denselben Befund wie links; ausserdem finden sich hier noch sowohl an der Peripherie als mehr im Centrum etliche bis Haselnussgrosse Abscesse mit einem schmutzig-grauen, ziemlich flüssigen, übelriechenden Inhalte.

Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber.

Fall No. XXIII.

B., August, 31 J. alt, ledig, gewesener Militärinstructor.

J.-No. 953. Eintritt: 17. Februar 1871. Tod: 21. November 1871.

Keine ererbte Anlage. Oekonomische Lage der Eltern gut; sorgfältige Erziehung. Körperlich kräftige Entwicklung. Unregelmässiges Leben; Syphilis (lang andauernde Schmierkur). Wegen hochfahrenden und eigensinnigen Characters mit zeitweiser Trunksucht Entlassung von der Stelle eines Militär-Instructors und seit 1 Jahr Brodlosigkeit. Seit dieser Zeit datiert sich auch

das eigentliche Irrsein; anfänglich gegen seine Gewohnheit gutmüthig, sanft und bescheiden; in der letzten Zeit aber aufgeregt, schlaflos, unreinlich. Vor $^1/_2$ Jahr 2 epileptiforme Anfälle.

Stat. præs. (17. Febr. 1871.)

Patient ist gross und stark gebaut; keine Asymmetrie des Schädels. Die Pupillen sind mittelweit; die linke etwas weiter als die rechte; beide gut reagierend. Die Zunge wird zitternd und unbeholfen herausgestreckt und weicht, wie das Zäpfchen nach links ab. Inguinaldrüsen beidseitig geschwellt. Puls 72, klein, regelmässig. Hochgradige Geh- und Sprachstörung. Benehmen unmotiviert hastig; allgemeines Muskelzittern; Intelligenz und Gedächtniss sehr reduciert. Der Kranke spricht fast Nichts als: „ich kann nicht essen und nicht schlucken; der Magen ist verstopft". Er ist sehr affectlos und unreinlich.

In den nächsten Wochen sehr aufgeregt. Rapide Zunahme der Lähmungserscheinungen. Ende April und Mai etwas ruhiger und reinlicher; in den folgenden Monaten wieder rasche Verschlimmerung; er hat allerlei bizarre Gewohnheiten, schlägt z. B. mit beiden Händen auf Brust und Mund, den letztern pflegt er zuzubinden, räuspert sich lange Zeit hinter einander und schreit häufig auf; Ende October starker Speichelfluss.

Am 14. November Mittags Anfall mit einleitendem Schrei; dann Convulsionen mit Verlust des Bewusstsein, von wenigen Minuten Dauer. Im Laufe des Nachmittags wiederholt sich der Anfall mehrere Male. Am folgenden Tage starke Benommenheit mit Dysphagie.

Am 17. November wird der Kranke immer unruhiger. Decubitus. Am 21. November Tod.

Sectionsbefund. (28 Std. p. m.)

Schädel ist klein, schwer und verdickt. Dura M. mit dem Knochen und der Pia M. meist innig verwachsen, verdickt und längs der Mittellinie von Pacchion. Granulationen vielfach durchbrochen, denen entsprechend der Knochen usuriert erscheint. Die Sinus der Dura sind ganz leer. Pia M. allseitig getrübt, mässig blutreich und der Hirnoberfläche nicht adhærent. Hirnwindungen

stark atrophiert. Sowohl die Rinde als die Marksubstanz œdematös, teigig weich, mässig blutreich, die Grenzen verwischt.

Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Cronpöse Pneumonie des linken Unterlappens; in beiden Pleurasäcken vermehrtes, blutig tingiertes Serum.

Fettige Degeneration des Herzmuskels, der Leber und der Nieren.

Fall No. XXIV.

C., Alfred, 34 J. alt, verehlicht, Architect.

J.-No. 954. Eintritt: 20. Februar 1871. Tod: 5. August 1873.

Keine ererbte Anlage. Patient hat den Grenzdienst 1870/71 mitgemacht und hier bedeutende körperliche, geistige und namentlich auch gemüthliche Anstrengungen erlitten. Nach seiner Rückkehr im October 1870 Klagen über grosse Körperermüdung, rheumatoide Schmerzen in den Extremitäten und im Rücken, über eingenommenen Kopf und Unlust zur Arbeit. Seinen Angehörigen fiel damals schon ein verändertes Benehmen, Schwäche des Gedächtnisses und etwas stotternde Sprache auf; nach einer Cur in Baden war die Sache im Wesentlichen gleich. Schon während dieser Cur und auch einige Zeit nachher noch litt Patient mehrmals in der Nacht an starken Herzpalpitationen, Angstgefühl und Schmerz in der Herzgegend, was Alles jeweilen wieder nach ca. $^1/_2$ Stunde verschwand, aber grosse Schwäche zur Folge hatte. Eine genaue, physikalische Untersuchung blieb wiederholt ganz ohne Resultat; nur machte er ein paar febrile Catarrhe durch, aber ganz in atypischer Weite. Auffallend rasch nahmen Intelligenz und Gedächtniss ab; das Stottern wurde stärker. Ende Januar waren die Pupillen durchaus normal; die Bewegungen waren zu dieser Zeit wohl etwas unbeholfen und unsicher; aber ohne eigentliche Lähmungserscheinungen; nie Klagen über Kopfschmerzen. — Früher ein sehr geschickter Architect, war er schon im Januar nicht mehr im Stande, die allereinfachsten Rechnungen zu machen; seine Geschäftsthätigkeit war schon seit dem Beginn der Krankheit aufgehoben; er beschäftigte sich nur noch hie und

da mit alten Sachen, ohne irgend eine Einsicht zu äussern in seinen traurigen geistigen Zustand. Seine Gemüthsstimmung war eine ausserordentlich wechselnde, ohne jede Ausdauer; hie und da eine scheinbare Ermannung zu der alten Energie, der sofort wieder ein Rückverfallen in gänzliche Apathie und Willenlosigkeit folgte. Von irgend einer Dyscrasie soll nicht die Rede sein; ebensowenig von eigentlichen Excessen irgend einer Art.

Patient lebte in günstigen, äussern Verhältnissen, war ein gesuchter, tüchtiger Architect und ist seit 2 Jahren sehr glücklich verheirathet, bis jetzt ohne Kinder; doch ist jetzt (bei der Aufnahme) die Frau gravida. (Sie kam im Juni 1871 mit einem gesunden Knaben nieder, der laut einer Nachricht vom März 1875 lebt, gesund und intelligent ist).

Stat. præs. (20. Febr. 1871).

Grosse magere Statur. Cachectisches Aussehen. Haare reichlich, theilweise ergraut. Pupillen ungleich gross; die rechte ist weiter als die linke, beide reagieren träge; in einzelnen Muskelgruppen des Gesichts bemerkt man zeitweise convulsivische Zuckungen. Die Zunge wird herausgeschleudert, sie weicht nach links ab, wie auch die Uvula. Inguinaldrüsen leicht geschwellt. Gang höchst unsicher und schwankend, namentlich bei verbundenen Augen. Die Sprache ist stotternd, aber doch nicht im gleichen Verhältniss gestört wie der Gang. Patient hat hie und da das Gefühl, als ob die Zunge nach rückwärts gleite, als ob er sie verschlucken müsse; er fürchtet dann, dass er ersticke; man beobachtet häufig, dass er die Zunge nach vorn zieht. — Auffassung, Urtheil und Gedächtniss sind bedeutend geschwächt; so weiss er kaum, wie seine Frau heisst und findet sein Zimmer nie; er ist auch unreinlich.

In den folgenden Nächten hie und da Anfälle von Erstickungsnoth und damit verbunden grosse Aufregung. Schon nach wenigen Wochen muss Patient auf die Abtheilung der Unreinlichen versetzt werden; die Lähmungserscheinungen und der Verfall der Intelligenz machen Hand in Hand rapide Fortschritte. Patient ist vollständig indolent gegen seine Umgebung, schmiert in entsetzlicher Weise; speichelt viel. Er hat häufig Gesichtshallucinationen; er sieht dann herrliche Bilder im freien Raum, die er bewundernd lange anstarrt. Mitte Juni hat er Besuch von

seinem Vater; er erinnert sich Tags darauf noch daran und auch an die Mittheilung, dass seine Frau entbunden sei; nur meint er, es sei diess ja nicht das erste Mal. Von den ihm erwähnten Geschäftsangelegenheiten weiss er schon Nichts mehr.

Im September schreit der Kranke oft lange in monotonster Weise; er hat die Hände stets zur Faust geballt, die zu lösen beinahe nicht gelingt; das Essen muss ihm eingegeben werden; immerfort gleich unreinlich.

Im October hat er Besuch eines Schwagers, den er nicht erkennt. Der Kranke sieht körperlich recht wohlgenährt aus, ist aber hochgradig paralytisch und ganz verblödet. Mitte December muss er wegen Oedem der untern Extremitäten einige Tage das Bett hüten.

Das ganze Jahr 1872 bleibt er im gleichen Zustand; nur tritt gegen Ende desselben die nächtliche Unruhe wieder mehr hervor. Er isst mit grosser Gier; stösst nur unarticulierte Laute aus, namentlich Nachts stört er durch ein monotones „Gejohle“ sehr. Ernährung gut; die Hände hat er immer noch krampfhaft zur Faust geballt, und er fängt an, heftig zu lärmen, wenn man dieselben lösen will; dabei nagt er mit Vorliebe an den Tischkanten.

Im Mai 1873 hat er Besuch von Frau und Mutter; das Liebste dabei sind ihm die mitgebrachten Leckerbissen. Um an den Händen Decubitus zu vermeiden, muss man Schutzbäusche einschieben. Ende Juli bekommt er auf der linken Natis einen ca. 1 Frankenstück grossen Decubitus; gleichzeitig verliert er den Appetit, und magert in den folgen Tagen unter rapider Zunahme des Decubitus sehr rasch ab. Vom 3. August an ist das Schlingen selbst flüssiger Nahrung unmöglich. Nachdem einige Stunden lang krampfhafte Zuckungen vorzüglich in der linken Körperhälfte aufgetreten, tritt am 5. August Nachts 12 Uhr der Tod ein.

Sectionsbefund. (11 Std. p. m.)

Schädel asymmetrisch; 2—3‴ dick, schwer und hart. Dura M. fest am Schädel haftend. Pia M. durchweg getrübt, verdickt, innig mit der Hirnrinde verwachsen. Windungen in hohem Grade atrophisch. Bedeutender Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis. Hirnsubstanz blutarm und zähe. — Fettige Degeneration des Herzmuskels, der Leber und der Nieren.

Fall No. XXV.

N., August, 31 J. alt, verehlicht, Bauer.

J.-No. 969 & 1121. Eintritt: 3. April 1871. Beurlaubt: 25. Jan. 1872. Wieder-Eintritt: 15. April 1873. Tod: 4. Nov. 1874.

Keine ererbte Anlage. Patient stammt aus einer reichen Bauernfamilie und genoss eine sorgfältige Erziehung. Nach der unverhofften Abweisung einer Werbung anno 1867 wurde er wortkarger, reizbarer und litt oft an Kopfweh. Anno 1868 heirathete er; ziemlich glückliche Ehe. Ende Januar 1871 veränderte Stimmung und verändertes Aussehen; nach 8 Tagen Ausbruch eines heftigen Tobsuchtsanfalls mit grosser Verwirrung, vielen Hallucinationen und Gewaltthätigkeit.

Stat. præs. (3. April 1871.)

Patient wird in der Zwangsjacke hierher verbracht; er ist sehr aufgeregt und unreinlich. Schlechte Gesammternährung; Heisshunger. Rechte Pupille bedeutend erweitert; die etwas unsicher herausgestreckte Zunge weicht nach rechts ab.

Am 25. Mai epileptiformer Anfall.

Mitte Juni wird Patient allmählig etwas ruhiger und weniger unreinlich; er erscheint geistig sehr reduciert, ganz ohne Einsicht; im August kann er im Freien arbeiten; das körperliche Befinden ist sehr gut; jedoch ist er immer gleich unbesinnlich; er hat Alles nach wenigen Stunden wieder vergessen.

Am 25. Januar 1872 wird Patient beurlaubt, da er sich seither ruhig und fleissig verhalten hat; er nimmt die sehr deutliche Pupillendifferenz, das Abweichen der Zunge und eine ziemlich hochgradige psychische Schwäche mit.

Wieder-Eintritt: 15. April 1873.

Bis vor Kurzem leidliches Verhalten. Seit einigen Wochen fing er an, seine hochschwangere Frau (das Kind lebt laut einer Notiz vom März 1875 ganz gesund und intelligent), zu quälen und mit Misshandlungen zu bedrohen.

Stat. præs. (15. April 1873.)

Gute Ernährung. Sehr zufriedene Stimmung; vollkommenes Gesundheitsgefühl. Der Gang ist etwas schwankend und breit; die Sprache langsam, gedehnt, etwas stotternd; Gedächtniss sehr kurz; Urtheil und Willenskraft fast aufgehoben. Er ist unreinlich

und besonders Nachts unruhig; er ist bis zum December zu keiner Arbeit mehr brauchbar. Colossale Zerstörungssucht.

Am 18. Juni 1874 starker epileptiformer Anfall mit Betheiligung des ganzen Körpers; die Sprache ist an den folgenden Tagen ganz unverständlich; sehr hinfällig. — Im Juli wieder ordentlich munter.

Am 27. August ein geringer, epileptiformer Anfall, der auf den linken Arm beschränkt bleibt; dieser Arm bleibt ein paar Tage gelähmt; auch die Sprache hat wieder bedeutend gelitten.

Am 22. September sehr starker Anfall, dieses Mal vorwiegend auf der rechten Seite. Er bleibt von da an sehr hinfällig bis zum 5. Anfall am 27. October, ebenfalls wieder rechts. In den folgenden Tagen liegt er ganz comatös im Bett, bekommt am 3. November eine linksseitige Pneumonie, der er am 4. Novbr. frühmorgens erliegt.

Sectionsbefund. ($9^1/_2$ St. p. m.)

Schädel symmetrisch, nicht verdickt. Dura M. nicht verdickt; auf ihrer Innenfläche liegt über dem rechten hintern Grosshirnlappen eine sehr dünne, gelbröthliche Pseudomembran mit zahlreichen kleinen, bräunlichen Punkten besetzt. Pia M. in ihrer ganzen Ausdehnung milchig getrübt, verdickt und œdematös, blutreich, der Hirnoberfläche innig adhærent. Gehirn gross, Windungen wohlgebildet, nicht atrophisch. Hirnsubstanz derb, œdematös, blutreich. Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis. Gefässe zart. Im linken untern Lungenlappen frische Pneumonie.

Beginnende fettige Degeneration beider Nieren.

Fall No. XXVI.

O., Brigitte, 52 J. alt, Wittwe, Bäuerin.

J.-No. 978. Eintritt: 3. März 1873. Tod: 21. Januar 1874.

Keine ererbte Anlage. Gute Schulung; im 13. Jahr menstruiert. Patientin war viele Jahre lang Eisenbahnarbeiterin und soll dort mannigfache Erfahrungen gemacht haben. Näheres ist darüber nicht bekannt. Vor ca. 18 Jahren wurde sie Magd und dann Frau eines ältern Mannes. Ein Kind starb bald nach der

Geburt. Ihr Mann wurde dann ein Säufer; er starb vor einigen Jahren. Nun liess die Erbschaft der Wittwe keine Ruhe; sie traute Niemanden; dann fing sie an zu trinken, bekam Lust zu Putz und Heirathsgedanken. Ausser Schlaflosigkeit sind alle Körperfunctionen intact.

Stat. præs. (3. März 1873.)

Grosse Abmagerung. Pupillen ungleich; reagieren träge. Abweichen der zitternden Zunge und der Uvula. Tieferstehen des rechten Mundwinkels; auffällige Sprachstörung. Die Kranke ist ganz verwirrt; sie spricht verworrenes Zeug über ihre Schönheit, von ihrem Reichthum und ihren Talenten. Sie ist zufrieden; hie und da unreinlich. Gesichtshallucinationen; nymphomanische Delirien. Sie wirft mit 100 Millionen um sich; sie ist Königin von England. Hie und da unruhig, besonders Nachts; bei erregtem Reden wird die Sprache fast unverständlich. Gang schwankend.

Vom Mai an muss sie wegen grosser Hinfälligkeit im Bett bleiben; oft sehr unruhig; Zunahme der Abmagerung und der paralytischen Symptome; sie wird allmählig ruhig, aber ganz blöde. Am 15. Januar Ohnmachtsanfall, von dem sie sich aber rasch wieder erholt; am gleichen Tag verliert sie den Appetit; der Puls ist klein und frequent, die Respiration erschwert; Patientin duldet keine Untersuchung. Am 16. fühlt sie sich etwas besser — am 17. wieder schlechter; Dyspnœ und Husten; heute gelingt es, eine rechtsseitige Pneumonie zu diagnosticieren. Am 21. Jan. Abends Tod.

Sectionsbefund. (40 Std. p. m.)

Schädel symmetrisch, nicht verdickt. Dura M. längs der Mittellinie sehr fest mit dem Schädeldach verwachsen; an ihrer Innenfläche zeigen sich, namentlich rechts, zahlreiche grössere Hæmatomflecken frischern Datums. Pia M. nur wenig getrübt und verdickt, stellenweise an die Hirnoberfläche adhærent. Letztere auffallend derb, œdematös, blutreich. Starker Hydrocephalus int. mit chron. Ependymitis. Gefässe zart. Im linken obern und im rechten obern und mittlern Lappen sind frische pneumon. Infiltrationen.

Fettige Entartung des Herzmuskels und der Nieren. Muskatnuss-Leber.

Fall No. XXVII.

H., Augustin, 45. J. alt, verehlicht, Schlosser und Wirth.
J.-No. 1004. Eintritt: 11. August 1871. Tod: 4. October 1872.

Keine ererbte Anlage. Gute Erziehung; Entwicklung körperlich und geistig normal; er etablierte sich anno 1851 in Genf als Schlossermeister mit 6 bis 8 Gesellen, erwarb sich das dortige Bürgerrecht, heirathete und ward Vater von 2 Kindern In den letzten Jahren vernachlässigte er sein blühendes Geschäft, ergab sich dem Trunk und Spiel und wurde Wirth. Nach und nach kam er œkonomisch, körperlich und geistig ganz herunter; er ging dann von Genf fort nach Wien und wurde vor Kurzem per Polizei in die Heimathsgemeinde gebracht. Er sei ganz verkommen und habe grosse Pläne im Kopf.

Stat. præs. (11. Aug. 1871.)

Mittlere Ernährung. Rechte Pupille bedeutend weiter als die linke und schwach reagierend. Die rechtsseitigen Gesichtsfalten sind weniger scharf markiert als links; der rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke. Zunge und Uvula weichen nach links ab. Die Zunge wird höchst unsicher und mit starkem Zittern herausgestreckt. Die linke Thoraxhälfte erscheint mehr gewölbt. Leberdämpfung fast auf das Doppelte verbreitet. Herzdämpfung normal, Herzstoss schwach; Töne rein, aber entfernt und nicht scharf accentuiert. In der linken Leiste eine etwa 3 Zoll lange Bubonennarbe (vor 3 Jahren). Puls 72, klein, regelmässig. Der Gang ist sehr schwankend und unsicher; das linke Bein wird sichtlich nachgeschleppt. Pat. hat aber vollkommene Plattfüsse. Der linke Arm ist ebenfalls in der Motilität beschränkt, mit dieser Hand kann Patient Nichts fest anfassen und kaum bis zum Kopfe greifen. Auch die Sensibilität scheint auf der ganzen linken Körperhäfte vermindert zu sein.

Die Sprache ist stolpernd und stotternd. Die Gemüthsstimmung ist eine heitere mit Grössenwahn. Absolutes Gesundheitsgefühl. Er ist leicht lenksam und bis jetzt noch reinlich. Er sei in Wien 9 Monate im Spital gewesen und habe sich wegen des gelähmten Arms mit Electricität behandeln lassen.

Vom 26. August bis 10. December bekommt Patient täglich 2,5 Jodkali, aber ganz ohne Erfolg. Der Kranke ist ruhig und

reinlich, im Holzschopf beschäftigt. Mitte December wird er erregter, verlangt heim — doch wird er schon nach wenigen Wochen wieder ruhiger.

Bis zum August 1872 vermehrt sich seine Hinfälligkeit derart, dass er allein nicht mehr gehen kann. Im September muss er anhaltend das Bett hüten; er kann sich nicht mehr aufrecht halten. Bald ausgebreiteter Decubitus. Tod am 4. October unter den Erscheinungen des Lungenœdems.

Sectionsbefund. (30 Std. p. m.)

Schädel symmetrisch, dick und schwer. Dura M. sehr fest mit dem Stirnbein verwachsen. Pia M. durchweg getrübt, verdickt und œdematös, der Gehirnoberfläche adhærent. Gehirn sehr atrophisch, namentlich die vordern Lappen sind ausserordentlich verkürzt und verschmälert; die Gyri sehr schmal. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis. Hirnsubstanz von mässigem Blutgehalt, und namentlich das Mittelhirn und die grossen Ganglien sind von sehr weicher, stellenweise zerfliessender Consistenz. Gefässe an der Hirnbasis zart.

Rechte Lunge an der Spitze adhærent, blutreich, sehr œdematös. Der untere und mittlere Lappen hypostatisch, mit etwas vermindertem Luftgehalt; aus dem Gewebe lässt sich blutiger, übelriechender Eiter auspressen.

Linke Lunge in toto adhærent; der untere Lappen fleischartig verdichtet, vollständig luftleer, glatt auf der Schnittfläche, lässt ebenfalls eitrige, übelriechende Flüssigkeit auspressen.

Fettige Degeneration des Herzmuskels; amyloide Entartung der Leber; beginnende Granularatrophie beider Nieren.

Fall No. XXVIII.

A., Josepha, 42 J. alt, Wittwe, Wirthin.

J.-No. 1008. Eintritt: 18. Juni 1873. Tod: 29. Juli 1874.

Keine ererbte Anlage. Gute Erziehung bei normaler körperlicher und geistiger Entwicklung; gutmüthiger Character. Seit 16 Jahren glückliche, aber kinderlose Ehe. Vor vier Jahren erkrankte der Mann an progressiver Paralyse und wurde mit Ausnahme von 3—4 Monaten (Wyler Privatanstalt) bis zum Tode,

im Frühjahr 1873, von seiner treuen Frau zu Hause verpflegt. In der letzten Zeit fröhnte Patientin der Trunksucht. Seit 6 bis 8 Monaten cessatio mensium; seit einigen Wochen rapide Verblödung mit Schlaflosigkeit; dabei grosse Neigung zu allen möglichen Allotria.

Stat. præs. (18. Juni 1873.)

Schlechte Allgemeinernährung. Linke Pupille stark erweitert, mit guter Reaction. Die Zunge zittert und weicht wie das Zäpfchen nach links ab. Bedeutende Sprach- und Gehstörung. Grosse Aufregung und Unbesinnlichkeit. Sie ist unreinlich und zerreissend. Ganz blöder Grössenwahn, der sich auf Reichthum bezieht. Mitte Juli wird sie ruhiger und reinlich, arbeitet sogar Etwas. Am 15. Jan. 1874 schwankt sie plötzlich, kann während einigen Minuten Nichts mehr halten, nicht sprechen und nicht schlucken. Die Sprachstörung ist nachher deutlich verstärkt. — Ein ähnlicher, unvollkommener Anfall wiederholt sich am 4. und 20. Februar und am 25. März; nach jedem dieser 3 letztern Anfälle muss sie einige Tage im Bett bleiben und wird immer hinfälliger und unreinlicher.

Die Kranke scheint sich stetsfort zufrieden und glücklich zu fühlen. Von Mitte Mai an kann sie nicht mehr aufstehen und stirbt unter einfacher Abnahme der Kräfte am 29. Juli.

Sectionsbefund. (25. Std. p. m.)

Schädel und Dura M. normal. Pia M. zeigt neben allgemeiner Trübung und Adhærenz an die Hirnoberfläche, längs der Mittellinie und namentlich im ganzen Bereich der Stirnlappen starke sulzige Inseln mit tiefer Impression der Hirnoberfläche. Allgemeine Atrophie der Hirnwindungen. Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis. In den beidseitigen Grosshirnganglien sind zahlreiche, ganz kleine Cystchen. Beide Sehhügel sind stark erweicht. Gefässe zart.

Fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber; Granularatrophie der Nieren.

Fall No. XXIX.

St., Otto, 34 J. alt, ledig, k. preuss. Hauptmann.
J.-No. 1012. Eintritt: 9. Sept. 1871. Tod: 14. Jan. 1874.

Keine ererbte Anlage. Patient hat den deutsch-französischen Krieg ganz durchgemacht. Vor 5 bis 6 Wochen bemerkte der Kranke eine rasch zunehmende Schwäche seiner Hände und Füsse. Daneben trat noch eine allgemeine körperliche und geistige Abspannung auf, die aber, auf den eben überstandenen Feldzug zurückgeführt, zu keinen weitern Befürchtungen Anlass gab, sondern nur den am Garnisonsort consultierten Arzt veranlassten, den Kranken zu einer Erholungskur nach der Schweiz zu senden. Patient führte diesen Rath auch aus, fühlte sich bald merklich besser und traf dann mit einer verheiratheten Schwester zur Nachkur in Pontresina (Engadin) zusammen. Dort fiel dieser sofort eine grosse Veränderung im ganzen Benehmen ihres Bruders auf; er war zwar von jeher kalt und etwas barsch gewesen; jetzt wurde er aber geradezu rücksichtslos. Daneben machte sich eine allgemeine geistige Abspannung deutlich, besonders Abnahme des Gedächtnisses für die jüngsten Vorkommnisse. Patient „vergass sich“ in seinem Benehmen am Tisch, konnte sein Zimmer nicht mehr finden, verirrte sich in der nächsten Umgegend, widersprach sich selbst in seinen Behauptungen — verstieg sich zu ganz unwahren und unmöglichen Angaben über Bergbesteigungen etc.

Stat. praes. (9. Sept. 1871.)

Schöner, kräftiger Mann. Schädel normal. Pupillen mittelweit, ungleich (die linke ist etwas erweitert); beide zeigen gute Reaction. Die Gesichtsfalten sind rechts flacher als links; der rechte Mundwinkel steht tiefer. Die Zunge wird stossweise herausgeschleudert, zittert etwas, weicht mit der Spitze nach rechts ab. Die Sprache ist ausserordentlich schwerfällig, stotternd. Der Gang ist unsicher, breitspurig, labil. Patient ist in seinen Angaben höchst karg und unzuverlässig; er behauptet, vollkommen gesund zu sein und verlangt desshalb, sofort abzureisen; er kann aber durch das unbedeutendste Gespräch ganz von diesem Thema abgeleitet werden. Seine Affecte gehen ausserordentlich wenig tief.

Ende October sind die Lähmungserscheinungen in steter Zunahme; dagegen werden seine Willens- und Intelligenz-Aeusserungen immer schwächer und oberflächlicher; sein äusseres Verhalten wird unordentlich; er entkleidet sich öffentlich, fängt an zu zerreissen, und die unscheinbarsten Dinge zu sich zu stecken und sie sorgfältig zu verbergen.

Ende November ausserordentlich rapider Zerfall der Intelligenz und hochgradigste Geh- und Sprachstörung. Dabei ladet Patient zu Diners ein, und andere Male erklärt er sich für durch und durch syphilitisch; er sei zur gleichen Zeit primär, secundär und tertiär erkrankt.

Mitte December muss er meist im Bett liegen wegen Unfähigkeit zu gehen; jetzt behauptet er, epileptisch zu sein.

In den folgenden Monaten ist er, leichtere Erregungszustände abgerechnet, ruhig und reinlich.

Im August 1872 hat sich Patient wieder körperlich etwas erholt; er kann aufstehen.

Im October ist das körperliche Befinden sehr gut. Er protestiert jetzt gegen den Hauptmannstitel; er sei jetzt General der Cavallerie und erster dienstthuender Adjutant S. M. des Kaisers und Königs von Preussen, mit monatlich 175,000 Millionen Thaler oder Friedrichsd'or Gage.

Am 16. October Abends apoplectiformer Anfall, in dem Pat. bewusstlos zusammensinkt. Tags darauf liegt er im Bett und ist unfähig, ein Wort zu reden. Sonst keine Lähmungserscheinungen. Am 18. October steht er wieder auf und scheint im gleichen Zustand zu sein, wie vor dem Anfall; nur ist das Sprachvermögen noch mehr beeinträchtigt.

Den November durch ist Patient gemüthlich, freundlich, bei gutem Appetit und Schlaf.

Mitte Januar 1873 wird Patient schwankender, ist Nachts unruhig, will nicht im Bett bleiben, weil Gift darin sei. Im März wird er täglich unbehülflicher, seine Sprache fast unverständlich.

Ende Mai ist er unreinlich und nicht mehr im Stande allein aufzustehen, oder gar zu gehen.

Im Juli bringt Patient nur noch unarticulierte Laute heraus, und schreit oft stundenlang; tagüber sitzt er im Polsterstuhl. Im December Decubitus über beiden Sitzknorren. Patient zieht

immer die Füsse an den Bauch herauf, und es gelingt auch nicht bei grosser Gewalt, dieselben zu strecken. Appetit nimmt ab, Stuhl sehr retardiert.

Im Verlauf des December rasche Zunahme des Decubitus, dabei immer die gleiche contracte Lage.

In den ersten Tagen des Januar 1874 wird das Befinden sehr schlecht; er isst fast Nichts, athmet schwer; er wühlt und kratzt immer in seinen Decubituswunden. In den folgenden Tagen rasche Verschlimmerung; es wird am 7. Januar eine linksseitige und am 10. auch eine rechtsseitige Pneumonie diagnosticiert.

Am 14. Januar $^1/_2$11 Uhr Tod.

Sectionsbefund. (22. Std. p. m.)

Schädel leicht verdickt, sonst normal. Dura M. längs der Mittellinie mit dem Schädeldach stark verwachsen. Pia M. durchweg stark getrübt, verdickt und in hohem Grade œdematös; überall der Hirnoberfläche innig adhærent. Hirnwindungen atrophisch, namentlich in den vordern Hirnlappen und in der linken Fossa Sylvii. Hirnsubstanz mässig blutreich, stark œdematös, ziemlich derb. Starker Hydrocephalus internus mit chron. Ependymitis.

Beginnendes Atherom des Aortenbogens.

Beidseitige croupöse Pneumonie (links Oberlappen, rechts mittlerer und unterer Lappen).

Starker Milztumor. Beginnende fettige Degeneration der Leber. Trübe Schwellung der Harncanälchen beider Nieren mit Schwund der Rindensubstanz.

Fall No. XXX.

S., Anton, 26$^1/_2$ J. alt, ledig, Kaufmann.

J.-No. 1014. Eintritt: 10. September 1871. Tod: 9. November 1871.

Keine ererbte Anlage. Patient machte als Kind viele Krankheiten durch: mit 8 Wochen: Icterus; mit 2 J.: Hydrocephalus acut.; $^1/_2$ J. später: Varicellen; mit 4 J.: Scarlatina; mit 10 J.: Typhus; ferner einmal Diphtheritis; überdiess litt er an Scrofulose mit verschiedenen Augenentzündungen, die ihm „schwache Augen“ zurückliessen. Er wurde Kaufmann und war in den letzten fünf Jahren in Marseille; dort scheint er specifische Erkrankungen

durchgemacht zu haben. Im Uebrigen war er von jeher ein sehr fleissiger Arbeiter und namentlich im letzten Winter (70/71) hat er bei Gaslicht anhaltend gearbeitet. Im April 1871 fing die Handschrift in seinen Briefen an, eigenthümlich zu werden; es erfolgte Wörterversetzung und falsche Anwendung derselben; die Briefe selbst wurden auffallend kurz; manche an ihn gestellte Fragen beantwortete er entweder gar nicht, oder so ungenügend, als ob er die Frage nicht recht verstanden habe. Auch in seinem ganzen übrigen Verhalten wurde er unordentlich und vergesslich. Im Gespräch verlor er in der letzten Zeit leicht den Faden, stotterte auffällig; der Gang wurde unsicher und schwankend.

Stat. præs. (10. Sept. 1871).

Mittelmässige Ernährung; Form und Dimensionen des Schädels ausser einer leichten Asymmetrie normal. Ohren weit vom Kopf abstehend. Haare reichlich. Rechte Pupille etwas weiter als die mittelweite linke; beide träge reagierend. Die rechtsseitigen Gesichtsfalten sind etwas verstrichen; der rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke. Die Zunge ist stark belegt, wird zitternd und unsicher herausgestreckt, weicht nach rechts ab. Die rechtsseitigen Claviculargruben sind deutlicher markiert als links; die rechte Clavicula ragt an der Sternalarticulation stärker hervor als links; (es gelingt nicht, hierfür in einer früher etwa erlittenen Fractur einen Grund zu eruieren). Herztöne bei sonst ganz normalem Herzbefund, schwach, aber rein und regelmässig. Die Inguinaldrüsen beiderseits geschwellt; am Penis deutliche Narben; in den Schamhaaren zahlreiche Pediculi pubis.

Die Sprache ist sehr stotternd; der Gang etwas breitspurig, schwankend und hastig. Patient kann kein Gespräch führen, da er entweder auf Fragen gar nicht zu antworten weiss, oder über ganz etwas Anderes spricht, als er gefragt wurde; auch findet er die Worte nicht zu seinen Gedanken, die an und für sich sehr arm und spärlich sind; auch erscheint das Gedächtniss bedeutend geschwächt. Er hat das Gefühl ausserordentlichen Wohlbefindens; läuft und rennt den ganzen Tag planlos herum, lacht ohne Grund in kindischer Weise vor sich hin und macht puerile Spässe mit den andern Kranken.

In den folgenden Wochen erhält er täglich 1,5 Jodkali, doch ohne Nutzen. Im October steigert sich die Aufregung immer

mehr; er läuft in grosser Jactation herum, stets die Phrase wiederholend: „ich hätte an dem und dem Tag schon in Chur sein sollen“; er drängt zu allen Thüren hinaus und weigert sich oft zu essen. Die Lähmungserscheinungen und der Zerfall der Intelligenz werden immer hochgradiger.

Am 6. October entwickelt sich unter Fieber am rechten Unterschenkel ein Erysipel., das sich in den folgenden Tagen auch auf den Oberschenkel ausdehnt. Patient duldet keinen Verband, will immer aufstehen. Am 8. fängt er an, heftig zu delirieren; er wird sehr hinfällig; von irgend welcher Therapie kann bei dem widerspenstigen Kranken keine Rede sein. Das Schlingen ist sehr erschwert; die Sprache absolut unverständlich.

Am 9. Nov. Tod.

Sectionsbefund. (15 Std. p. m.)

Schädel leicht sclerotisch. Dura M. sowohl an das Schädeldach als an die Pia M. adhærent, beträchtlich verdickt, blutleer, vielfach durch Pacchion. Granulationen durchbrochen. Pia M. allseitig milchig getrübt, m. w. verdickt, œdematös und blutarm. Ueber der linken Hæmisphære beträgt die Verdickung $^1/_4$ Zoll; auf dem Durchschnitt daselbst eine äussere und eine innere straffere weissliche Lamelle und eine von beiden eingeschlossene weichere, klebrige, blassgelbliche Masse. Das Abziehen geschieht an dieser Stelle nur mit Zerreissung der Hirnrinde. Windungen ziemlich abgeflacht; Rinde sowohl als Markmasse blutarm, sehr weich und œdematös; Rinde verschmälert. Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis.

(Die Section der übrigen Körperhöhlen wurde von der Familie nicht gestattet).

Fall No. XXXI.

W., Jacob, 51 J. alt, verehlicht, Landjäger.
J.-No. 1057. Eintritt: 14. Mai 1872. Tod: 1. März 1873.

Vater und Mutter starben an Tuberculose; an Irrsein litt in der Familie bisher Niemand. Geistige Entwicklung des Kranken mittelmässig; körperliche sehr gut. Character gutmüthig, obwohl hie und da aufbrausend. Schon vor seinem 20. Jahr liess sich Patient nach Neapel anwerben, blieb dort 19 Jahre lang, blieb stets gesund; nur einmal erhielt er einen Schlag auf den Kopf, der ihm „das Bewusstsein raubte und lange zu schaffen machte".

Nach seiner Rückkehr in die Schweiz erhielt er eine Landjägerstelle, heirathete anno 1864 und zeugte 4 Kinder, von denen nur noch ein Töchterchen am Leben ist. Im Laufe des letzten Winters bemerkte seine Umgebung eine Abnahme des Gedächtnisses; im März erfolgte wegen eines aus Vergesslichkeit begangenen Dienstfehlers seine Entlassung aus dem Landjägercorps. Um diese Zeit wurde er einmal fast vollständig bewusstlos und röchelnd nach Hause gebracht; von da erschien er psychisch alieniert; die Nächte wurden unruhig; sein Wesen mürrisch, zornig, falsche Behauptungen aufstellend. Später trat mehr Ruhe ein, verbunden mit melancholischer Stimmung und Sinnestäuschungen, die namentlich auf die Abendzeit fielen. Nach einigen Wochen besserte sich das ganze Befinden derart, dass eine Genesung sich simulierte; doch nach einer kleinen Reise trat Verschlimmerung ein; es brachen maniakalische Anfälle aus mit Bedrohung seiner schwächlichen, hochschwangern Frau.

Stat. præs. (14. Mai 1872.)

Grosser, stark gebauter Mann. Schädel symmetrisch. Temperatur des Kopfs etwas erhöht, das Gesicht stark geröthet. Haare spärlich. Beide Pupillen sehr eng; die rechte etwas weiter als die linke; die Reaction Beider ist träge. Zunge und Uvula deviieren; erstere wird zitternd und unsicher herausgestreckt. Die Sprache ist langsam und stotternd. Die Inguinaldrüsen sind beidseitig etwas geschwellt; Narben an den Genitalien sind nicht zu entdecken. Puls 76, regelmässig.

Gang unsicher, schwankend. Intelligenz und Gedächtniss sehr geschwächt; bedeutende Affectlosigkeit. Gefühl der vollkommensten Gesundheit.

In den nächsten Wochen nehmen die Lähmungserscheinungen zu; einmal entkleidet er sich öffentlich; weiss aber eine Stunde nachher Nichts mehr davon. Ein anderes Mal behauptet er in ganz confuser Weise, er sei vor 1 Monat nach Hamburg gereist, um seine Frau, die mit einem Andern habe durchgehen wollen, zurückzuholen.

Bis Ende des Jahres 1872 ziemliches Stationärbleiben aller Erscheinungen; von jetzt an rapider Zerfall; er wird sehr unreinlich, ganz unbesinnlich. Die Sprache ist fast unverständlich; der Gang nur mehr mit Stützen möglich; die Allgemeinernährung ist immer sehr gut.

Im Februar Incontinenz der Blase und Decubitus; der Kranke wird immer hinfälliger.

Am 1. März tritt rasch und unerwartet der Tod ein.

Sectionsbefund. (10 Std. p. m.)

Sehädel verdickt, leicht sclerotisch. Dura M. sehr blutreich, mit der Pia M. fest verwachsen. Letztere ebenfalls sehr blutreich; an der Basis ist sie namentlich über der Pons stark getrübt, verdickt, von grünlicher Eiterfärbung; über der Medulla oblong. stark œdematös; über den Vorderhirnlappen fest mit der Hirnoberfläche verwachsen. Hirnwindungen abgeplattet, dicht aneinander liegend. In der linken Fossa Sylvii zeigt sich die graue Substanz zerfliessend weich; überhaupt die ganze Hirnsubstanz ist weich und œdematös. Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis. Gefässe zart.

Fettige Degeneration der Leber.

Fall No. XXXII.

W., Pankraz, 37 J. alt, verehlicht, Polizist.

J.-No. 1144 & 1216. Eintritt: 14. Juli 1873. Beurlaubt: 28. Sept. 1873. Wieder-Eintritt: 12. Juni 1874. Tod: 8. Juli 1874.

Keine ererbte Anlage. Körperlich und geistig normale Entwicklung. Im 25. Lebensjahr kam er für $4^1/_2$ Jahre nach Neapel; dort hatte er Wechselfieber und Syphilis. Seither strenger Polizeidienst. Seit 6 Jahren 2 glückliche Ehen; in jeder Beziehung solides Leben. Seit 3 Jahren leidet er jedes Frühjahr an Wechselfieber. Einige Wochen vor der hierseitigen Aufnahme traten wieder Anfälle des letztern auf, welche auf grosse Chinindosen verschwanden; dagegen zeigten sich dann Kopfcongestionen mit Schlaflosigkeit. Sofort auch Grössenwahn, Projectschmiederei; dabei wurde sein Character ganz verändert; früher friedlich und liebevoll, wurde er jetzt leicht heftig und ungeduldig; er habe auch Viel mit sich selbst gesprochen.

Stat. præs. (14. Juli 1873.)

Mittelgrosser Mann von etwas cachectischem Aussehen. Viele graue Haare. Rechte Pupille weiter; aber beide sind enger als normal und reagieren träge. Zunge zittert und deviiert nach links. Die Uvula deviiert nach rechts. Bedeutende Sprachstörung. Brustorgane ergeben normalen Befund. Leberdämpfung ebenfalls normal; beim Druck auf den vorderen Leberrand äussert Patient Schmerz. In beiden Leisten Narben; ebenso am Penis. Puls 72, regelmässig. Gang etwas gespannt, aber ziemlich sicher.

Pat. ist sehr gesprächig und geschäftig, fühlt sich gesunder als je und ausserordentlich kräftig und stark; er meint, er könnte die ganze Welt aus ihren Angeln heben. Er versteht auf einmal, ohne es vorher gelernt zu haben, französisch und italienisch; auch besitzt er sehr scharfe Augen; er ist im Stande, viele Stunden weit in die Scheiben zu schiesen. Er kann Alles, er ist ein Universalgenie; er will den Polizeidienst aufkünden, um Portier in einem Hotel zu werden — oder auch Arzt in St. Pirminsberg.

Es ist grosse Affectlosigkeit vorhanden; er weiss nicht, warum er hier ist; aber er findet es da gemüthlich. Von seiner Frau will er sich scheiden lassen, sie sei böse.

In 8 Tagen schon werden die Nächte und auch die Tage auf eingeleitete Medication hin (Chloralhydrat und subcutane Morphium-Injectionen) im Ganzen ruhiger. Man constatiert jetzt einen stark wechselnden Strabismus divergens. Patient ist immer noch sehr gesprächig; er kann, etwas Stirnkopfweh abgerechnet, nicht genug seine vorzügliche Gesundheit und Kraftfülle, sowie seine geistige Virtuosität rühmen.

Nach 14 Tagen wird er entschieden ruhiger und natürlicher; die Medication kann ausgesetzt werden. Er arbeitet fleissig; ist im Ganzen sehr willig. Die Sprache wird weniger stolpernd. Bis Ende September werden Aussehen und Verhalten immer besser; der Grössenwahn hat sich ganz, die Affectlosigkeit und die Sprachstörung theilweise verloren; die andern Symptome bleiben unverändert.

Der Kranke wird am 28. September, allerdings geistig und körperlich geschwächt, aber doch sonst bedeutend gebessert — *beurlaubt.*

Er gibt seine bisherige Stelle auf und wird mit Unterstützung des „St. Gallischen Hülfsverein für genesene Gemüthskranke" eine weniger anstrengende Stelle erhalten.

Wieder-Eintritt: 12. Juni 1874.

Der Kranke hatte seither sein ordentliches Auskommen in leichten Diensten; er lebte in glücklichen ehelichen Verhältnissen; seit einigen Wochen nun verschlimmerte sich sein geistiger Zustand bedenklich; er glaubte sich von Jedermann verspottet und verfolgt; sah überall Anspielungen auf seine geistige und körperliche Untüchtigkeit; glaubte auch seine Familie verfolgt; fürchtete, Frau und Kinder müssten in eine Zwangsarbeitsanstalt verbracht werden. Er sah selbst ein, dass seine Rückkehr hierher nöthig sei.

Stat. præs. (12. Juni 1874.)

Mittelmässige Allgemeinernährung. Beide Pupillen von mittlerer Weite; die rechte ist merklich grösser als die linke; beide sind nicht ganz rund. Zunge zittert und deviiert nach links; Uvula weicht ebenfalls stark nach links ab; die Lippen zittern so bedeutend, dass er gar nicht mehr pfeifen kann. Die Sprachstörung ist sehr hochgradig; der Gang sehr unsicher. Im Uebrigen ganz gleich wie früher. Er ist sehr deprimiert und spricht nur wenig auf wiederholte Fragen; er und mit ihm die ganze

Welt sei verdammt wegen seines schlechten Lebenswandels. Die Affectlosigkeit und die Schwächung der Intelligenz erscheinen wieder sehr hochgradig; die Gesichtszüge haben einen gespannten, blöden Ausdruck.

Die ersten Nächte sind trotz Chloralhydrat unruhig; er jammert hie und da laut, ist auch unreinlich; die Pupillendifferenz variiert stark. Am 16. Juni schauert der Kranke alle paar Minuten zusammen; er steht dabei herum, gibt keine Antwort und glotzt uns nur an; er isst sehr wenig; dieser Zustand hält 4 Tage an. Am 19. Abends gesellen sich noch clonische Zuckungen der rechten Hand hinzu. Die Nacht vom 19. auf den 20. ist er zum ersten Mal ruhig und ist am Morgen des 20. ganz aufgeräumt, macht ein glückseliges Gesicht und nickt und lacht höchst zufrieden. Von den Schauern und Zuckungen ist jetzt Nichts mehr zu bemerken. Sprechen will oder kann er auch heute nicht. Am Abend des 20. kehrt aber der gestrige Zustand, die rechthandigen Zuckungen in verstärktem Masse zurück. Dieser Zustand hält noch am 21. an, dann werden die Zuckungen und Schauer seltener. Die Nächte werden ruhiger; am Morgen ist er gewöhnlich sehr apathisch; am Abend jedoch zeigt er jeweilen ein glückseliges, ganz blödes Lächeln. Am 24. sagt er zum ersten Mal wieder „ja wohl", aber mit sehr lallender Zunge.

Vom 28. an spricht er nicht mehr, ist im Ganzen freundlich; zeigt selten mehr Zuckungen; er hat Gehörshallucinationen, die ihm das Essen, in's Bett gehen und Herumlaufen verbieten, ihm dagegen befehlen, Schuhe, Unrath etc. zu essen. Am 30. Abends hat er wieder Stundenlang starke Schauer und heftiges Zittern und Schlottern aller Extremitäten.

Vom 1. Juli an beharrliche Nahrungsverweigerung, so dass zur Fütterung mit der Schlundsonde muss geschritten werden. Der Kranke verfällt jetzt in eine vollständige Apathie; seine Ernährung wird zusehends schlechter. Am 7. Juli Nachmittags sinkt er bewusstlos zusammen; Abends Fieber bei totaler Bewusst- und Regungslosigkeit; er schluckt mit Mühe etwas Flüssiges. Am 8. Juli Morgens der gleiche Zustand; Nachmittags Dyspnœ. Abends 5 Uhr Tod.

Sectionsbefund. (17 St. p. m.)

Schädel leicht asymmetrisch, 2—3 Linien dick. Diploë wenig,

Nähte meist gut erhalten. Dura M. längs der Mittellinie stark mit dem Knochen verwachsen. Auf der Innenfläche der Dura M. zeigt sich, namentlich über der rechten Grosshirnhæmisphære und auch auf die Schädelbasis sich erstreckend eine gelb-röthliche, $^1/_2$ Linie dicke Pseudomembran, welche durch schwarzrothe, frische Blutaustritte ein getigertes Aussehen erhält. Pia M. überall, am meisten aber über den vordern Grosshirnlappen, stark getrübt, verdickt und œdematös; durchweg innig mit der Hirnoberfläche verwachsen. Starker Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis. Die Hirnsubstanz ist hyperæmisch, œdematös, weich.

Der mittlere Lappen der rechten Lunge hepatisiert, luftleer, auf dem Durchschnitt granuliert; in seinem Innern befindet sich eine nussgrosse, mit Jauche gefüllte Caverne; aus dem ganzen Gewebe dieses Lappens lässt sich stinkender Eiter auspressen. Beginnende fettige Entartung des Herzmuskels; starkes Aortenatherom. Die linke Niere ist auf Hühnereigrösse geschrumpft; von normalem Nierengewebe ist keine Spur mehr vorhanden; im untern Ende sind noch einige Reste vollkommen speckig degenerierter Pyramiden; der ganze übrige Theil der Niere besteht aus einem Convolut erbsen- bis haselnussgrosser Cysten, die mit einem weissen rahmartigen Brei gefüllt sind. Die rechte Niere zeigt das Doppelte des normalen Volumens; ihr Gewebe hat aber bei gleichmässiger Hypertrophie aller Theile einen absolut normalen Character.

Fall No. XXXIII.

S., Mathias, 41 J. alt, verehlicht, Schreiner.

J.-No. 1189. Eintritt: 25. März 1874. Tod: 16. April 1874.

Keine ererbte Anlage. Als Sohn vermöglicher Eltern genoss Patient eine gute Erziehung, ging später als Schreinergeselle für 2 Jahre nach Paris, etablierte sich dann zu Hause, heirathete bald und führte ein arbeitsames, glückliches Leben. Er hat zwei gesunde Knaben. Sein Temperament war stets ein etwas sanguinisches.

Im Mai 1873 fing die Erkrankung ganz allmählig an; er wurde bei sonst ungestörtem Verhalten geistig schwächer und

bekam einen etwas schleppenden Gang. Im December 1873 constatierte der consultierte Arzt ungestörte Allgemeinernährung, stieren Blick, schwankenden Gang, lallende Sprache und grosse Gedächtnissschwäche; daneben heftige Bronchitis. Die vom Arzt damals schon angerathene Versetzung in die Anstalt drang bei den Angehörigen nicht durch; nach 4 Wochen fand jener stärkere Bronchitis, Oedem der Füsse, Hydrothorax, Incontinenz der Blase und des Darms; Schlaflosigkeit.

Stat. præs. (25. März 1874.)

Patient ist sehr heruntergekommen; er hört schlecht, spricht lallend, fast unverständliches, verworrenes Zeug; er kann nicht gehen; er sinkt in den Knieen ein. Eine genauere Untersuchung scheitert an der hochgradigen Blödigkeit des Kranken. Er ist äusserst hinfällig, im höchsten Grade unreinlich; schreit und lärmt, besonders Nachts.

Am 13. April muss der Kranke im Bett belassen werden; schon am ersten Tag bildet sich am rechten grossen Trochanter ein stark entzündlicher Decubitus, der sich sehr rasch vergrössert und jaucht. Am 16. Morgens zeigt sich fernerer Decubitus über dem Os sacr. und über der rechten Patella. Patient nimmt fast Nichts mehr zu sich, hat Diarrhœ und verschmiert sich beständig. Er respiriert heute sehr frequent und es wird im rechten untern Lungenlappen eine Pneumonie gefunden. Nachmittags 2 Uhr Tod.

Sectionsbefund. (20 Std. p. m.)

Schädel leicht asymmetrisch, 2 bis 3 Linien dick, hart und schwer. Diploë und Nähte fast ganz verschwunden. Dura M. in ihrer ganzen Convexität vollständig mit dem Schädelknochen verwachsen. Pia M. durchweg stark getrübt und verdickt, œdematös und mit der Hirnoberfläche innig verwachsen. Hirnwindungen sehr atrophisch, namentlich an den Stirnlappen. Hirnsubstanz mässig blutreich, œdematös, von fester Consistenz. Hydrocephalus intern. mit chron. Ependymitis. Beginnendes Atherom der Aorta. Im Pericardum ca. 2 Unzen klares Serum. Im rechten Pleurasack etwa 6 Unzen blutig gefärbtes Serum. Der rechte untere Lungenlappen ist der Sitz einer ganz frischen croupösen Pneumonie.

Weit entwickelte fettige Degeneration der Leber und der Nieren. In der Gallenblase finden sich 404 Concremente.

Fall No. XXXIV.

S., Jonas, 40 J. alt, verehlicht, Honighändler.
J.-No. 1200. Eintritt: 17. April 1874. Tod: 16. Mai 1874.

Ueber ererbte Anlage ist Nichts bekannt; überhaupt sind die anamnestischen Daten sehr mangelhaft. Schon seit über zwei Jahren epileptiforme und in letzterer Zeit auch apoplectiforme Anfälle, in deren Gefolge die Intelligenz allmählig abnahm. Anfangs Februar blieben nach einem Anfall letzterer Art für ca. 3 Tage die Zunge und der linke Arm gelähmt. In letzterer Zeit oft aufgeregt und unreinlich. Von veranlassenden Momenten ist Nichts eruierbar ausser einer langjährigen, hochgradigen Trunksucht.

Stat. præs. (17. April 1874.)

Leichte, linksseitige Schädelabflachung. Zunge tremuliert, deviiert nicht, hingegen weicht die Uvula nach links ab. Linke Pupille ist verengert und längs-oval verzogen, mit verringerter Reaction. Die ganze, linke Gesichtshälfte hängt etwas. Deutliche Sprach- und Gehstörung. Gesammternährung sehr schlecht. Der Kranke bietet in Aussehen und Benehmen das Bild eines heruntergekommenen Trinkers mit hochgradiger Verwirrung und Ideenflucht. Er scheint sich sehr glücklich zu fühlen; entwickelt auch hie und da blöden Grössenwahn. Er ist unruhig und unreinlich.

Am 26. April epileptiformer Anfall, der vorzüglich die linke Körperhälfte betrifft, und für einige Tage eine Parese der linksseitigen Extremiten ausgelöst hat. Die Zunge deviiert jetzt deutlich nach links. Von jetzt an sehr rapider Zerfall; er bekommt am 15. Mai eine rechtsseitige Pneumonie, der er am 16. Mai frühmorgens erliegt.

Sectionsbefund. (11 Std. p. m.)

Schädel und Dura M. normal. Pia M. sehr stark œdematös, getrübt und verdickt, der Hirnoberfläche adhærent. Bedeutende Atrophie der Hirnwindungen, besonders im Bereich der Stirnlappen. Hydrocephalus int. mit chron. Ependymitis. Gefässe zart mit Ausnahme einer einzigen atheromatösen Stelle in einer Carotis int.

Atheroma Aortæ. Frische croup. Pneumonie im r. untern und mittleren Lappen. Beginnende fettige Degeneration der Leber. Granularatrophie der Nieren.

Fall No. XXXV.

G., Seraphino, 35 J. alt, verehlicht, Lohnkutscher.

J.-No. 1222. Eintritt: 21. Juni 1874. Tod: 1. September 1874.

Keine ererbte Anlage. Aetiologische Momente: Unstetes Leben, mit vielen Strapazzen; Trunksucht; pecuniäre Verluste. Die Krankheit begann im December 1873 mit grosser Unruhe, Geschwätzigkeit, heftigen Zornausbrüchen. Dann fast vollständige Intermission bis Anfang Mai 1874. Gleiche Initialsymptome, wie beim ersten Anfall, neben exquisitem Grössenwahn, namentlich in Bezug auf Vermögen. Patient wurde dann zuerst im Spital zu Bellinzona, dann zu Freiburg i. S. untergebracht. Bisher nie unreinlich; aber sehr unruhig mit besonders starkem Bewegungsdrang.

Stat. praes. (21. Juni 1874.)

Bedeutende Sprachstörung; die Unruhe ist so gross, dass eine genaue Untersuchung unmöglich ist. Patient schreit in Einem fort, italienisch und französich durcheinander, aber fast unverständlich; er zeigt starken Bewegungsdrang und begleitet sein Schreien mit rythmischen Bewegungen mit Arm und Bein und ebensolchen Schlägen auf den Boden, die Wand, oder auf seine Brust; er scheint sich des Besitzes ungeheurer Reichthümer zu rühmen. Patient ist unfreundlich; er zeigt uns fast immer verzerrte, zornige Züge. Der Gang ist wenig gestört; er läuft etwas breitspurig, aber nicht sehr bedeutend. Von Zeit zu Zeit zerreisst er all seine Kleider. Er ist sehr häufig laut und unruhig; immer recitiert er mit lallender Sprache seine unverständlichen Sprüchlein mit entsprechenden, rythmischen Schlägen.

Die Sprachstörung hat sehr rasch zugenommen. Die Intelligenz liegt sehr darnieder. Hie und da unreinlich.

Am 28. August Abends findet man den Kranken, der in den letzten Tagen besonders laut gewesen, bewusstlos und röchelnd auf dem Bette liegend; die Athmung muss wiederholt künstlich unterhalten werden. Gegen Mitternacht athmet er zwar wieder regelmässig und tief; aber er bleibt bewusstlos.

Dieser Zustand zieht sich bis zum 1. September frühmorgens hin, wo dann der Tod eintritt.

Sectionsbefund. (20. Std. p. m.)

Schädel verdickt, Dura M. am Schädeldach leicht adhærent. Pia M. in ihrer ganzen vordern Convexhälfte getrübt, an einzelnen Stellen sulzig; an einigen Partien der Hirnoberfläche innig adhærent. Keine Atrophie des Gehirns. Hyperæmie des Gehirns und beider Meningen. Kein Hydrocephalus int., hingegen chron. Ependymitis beider Seitenventrikel.

Beginnendes Atherom der Aorta. Hypostatische Pneumonie des linken Unterlappens. Im rechten Unterlappen grosser Infarct mit weitreichender Zerschmetterung des Lungengewebes.

Ziemlich vorgeschrittene Fettentartung der Leber.

Fall No. XXXVI.

G., Luigi, 53 J. alt, verehlicht, Kaufmann.

J.-No. 1221. Eintritt: 21. Juni 1874. Tod: 26. März 1875.

Es ist eine exquisite ererbte Anlage vorhanden. 2 Oheime starben geisteskrank, 2 erwachsene Kinder des einen an Tuberculose; ein anderes Glied der Familie an progressiver Paralyse; ein geistesbeschränkter Bruder des Kranken starb 55jährig an Delirium potatorum; eine Schwester im gleichen Alter an Tuberculose; 2 Kinder des Kranken starben kurz nach der Geburt.

Patient entwickelte sich bei sorgfältiger Erziehung körperlich und geistig normal; kräftige Constitution; lebhaftes Temperament; biederer Character.

In frühern Jahren trotz starken Excessen in Venere immer gesund. Sein Leben war ein geistig sehr bewegtes; als Kaufmann in weitläufige, nicht immer prosperierende Speculationen verwickelt, hatte er viel Kummer, Verdruss, Processe etc. Seine erste Frau starb früh an Phthisis, mit Hinterlassung von 2 jetzt noch lebenden Kindern, die körperlich und geistig sehr tüchtig sind. Der Verlust dieser Frau soll unsern Kranken sehr angegriffen haben; er stürzte sich noch mehr in die Geschäfte und blieb 14 Jahre lang Wittwer; vor ca. 9 Jahren heirathete er eine junge Frau, von deren 3 Kindern noch eines lebt.

Vor 2 Jahren erlitt Patient eine Pneumonie mit starken Aderlässen. Die psychische Erkrankung begann vor ca. $1^1/_2$ Jahren. Anfangs unverträglich mit seinen Untergebenen, leicht zornig, scheltend und polternd wegen Kleinigkeiten; später öfters traurig, schloss sich Tage lang im dunkeln Zimmer ein; seit 2 Monaten die ersten Spuren von Grössenwahn, Intelligenzabnahme und paretischen Symptomen. Der referierende Arzt fand unterm 20. Juni lallende, eintönige Sprache; wankenden, unsichern, breitspurigen Gang; Schlaf vermindert, unruhig; Blick vage, unsicher, leer; sehr lebhaftes, wechselndes Gedankenspiel; Gesichtsmuskeln beim Sprechen oder auch sonst, zitternd, zuckend, öfters verzerrt. Ideenflüchtiges Denken; Stimmung bald ruhig, bald gereizt; Willensthätigkeit fast ganz aufgehoben.

Stat. præs. (21. Juni 1874).

Kleiner Schädel mit sehr flachem Hinterhaupt; unvollständige linksseitige Facialis-Lähmung. Pupillen beidseitig verengert, rechts mehr als links. Zunge tremuliert stark, deviiert nicht; Uvula weicht nach rechts ab. Gute Allgemeinernährung. Allgemeiner Tremor. Puls 96, regelmässig. Am Penis zahlreiche ältere und frischere Narben, aber keine Indurationen. Sehr hochgradige Sprach- und Gehstörung. Grosse Blödigkeit und Affectlosigkeit.

In den ersten Tagen schon unreinlich; exquisiter Sammeltrieb; er freut sich ungeheuer, wenn er aus den Nebenzimmern alle möglichen Kleinigkeiten zusammentragen kann; hie und da zerstört er auch Etwas. Anfangs Juli muss er wegen zu grosser Unbesinnlichkeit von der ersten Abtheilung entfernt werden; am 9. Juli hat er Nachmittags einen Anfall von grosser Hinfälligkeit, erholt sich aber rasch wieder.

Ende Juli fängt er an, grässlich zu schmieren. In den folgenden Wochen sehr rasche Zunahme der Sprachstörung; Anfangs September hat er nur mehr ein unverständliches Lallen; zugleich vermehrt sich bei allmähliger Abmagerung die allgemeine Hinfälligkeit; doch hat er noch Tage, an denen er recht gut marschieren kann; dazwischen muss er dann wieder liegen. Das Zittern im Gesicht und an den Armen ist sehr stark. Die Stimmung scheint stets eine gehobene zu sein; er lächelt uns meist höchst glücklich an.

Am 11. Januar 1875 epileptiformer Anfall von 5 Minuten Dauer mit Inanspruchnahme zuerst beider Arme, dann der ganzen linken Körperhälfte; dabei sehr starke clonische Zuckungen der Zunge mit erschwerter Respiration und nachfolgendem Erbrechen.

Schon am Tage nach dem Anfall hat sich Patient gut erholt; man versteht sogar wieder einmal ein „sta bene.“ Die Zunge deviiert jetzt stark nach links.

In den folgenden Wochen ungefähr der gleiche Zustand wie vor dem Anfall; doch wird er immer hinfälliger; es gibt oft Tage, wo er noch recht ordentlich gehen kann; gegen Mittag aber senkt er sich jeweilen immer mehr auf die rechte Seite, bis er umzufallen droht. Er schmiert jetzt täglich und ist ganz blöde.

Vom Anfang März an kann er nicht mehr aufstehen. Trotz gutem Appetit macht die Abmagerung rapide Fortschritte. Am 21. März zeigt sich über dem Os sacrum eine kleine Decubitusstelle; Patient duldet aber weder Verband noch Wasserkissen, so dass sich der Decubitus rasch vergrössert. Am 25. März ist das Schlucken sehr erschwert; Pat. ist beträchtlich eingefallen und zittert den ganzen Tag stark. Abends hat er 40,6° C. Temperatur, ohne dass bei oberflächlicher Unsersuchung (Patient ist sehr widerspenstig bei jeder Berührung) eine Pneumonie nachzuweisen wäre. Gegen Abend zeigen sich etwa 2 Stunden lang nicht starke, aber permanent wiederkehrende, clonische Zuckungen aller 4 Extremitäten, besonders aber des rechten Arms und, ebenfalls wie beim ersten Anfall, der Zunge. Der Kranke scheint nicht gerade bewusstlos zu sein; wenigstens öffnet und schliesst er die Augen wie sonst, und reagiert gegen alle Berührungen.

Am 26. März stirbt Patient Morgens 9 Uhr unter einfacher Zunahme des Marasmus.

Sectionsbefund. (26 Std. p. m.)

Dünner, aber sclerotischer Schädel; auf der Innenfläche beider Stirnbeine zahlreiche flache Osteophyten, an denen die Dura M. innig haftet. Dura M. leicht verdickt und getrübt. Ueber dem linken Stirnlappen und dieser Stelle entsprechend auch auf der Basis älteres punktförmiges Hæmatom. Pia M. über beiden Stirnlappen und über dem linken Hinterlappen œdematös, durchweg leicht getrübt und verdickt; diese Trübung ist auf den Stirnlappen diffus und am stärksten; sonst folgt sie nur dem Verlauf der stark

gefüllten Gefässe. Die Pia M. ist nirgends der Hirnoberfläche adhærent. Die Hirnwindungen sind im Ganzen atrophisch; weitaus am stärksten in beiden Stirnlappen. Beide Hirnsubstanzen zeigen ausser starker Hyperæmie keinerlei Veränderungen. Starker Hydrocephalus int. mit geringer chron. Ependymitis in den Seitenventrikeln; die Centralganglien sind comprimiert; Fornix und Septum diffus erweicht. Die Gefässe an der Basis sind zart.

Beginnendes Atherom der Aorta. Fettige Entartung des Herzmuskels, der Leber und der Nieren. Beide Lungen sind ausser drei kirschgrossen, peripherischen, keilförmigen und luftleeren pneumonischen Heerden von dunkel-kirschrother Färbung im rechten Mittellappen, durchweg zwar vermindert lufthaltig, doch nirgends ganz luftleer, bei sehr beträchtlicher Hyperæmie und starkem Oedem.

Statistik

№ des Falls.	Männer.	Frauen.	Alter.	Stand.	Beruf.	Ererbte Anlage.	Wahrscheinliche Krankheits-Ursachen.	Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Beurlaubung.	Hierseitige Verpflegung	Krankheitsdauer.	Unmittelbare Todesursache.
			Jahr.					Mon.	M.	Mon.	Mon.	
I.	1		42	verehlicht	Fabrikant	Familiär	Kopfverletzungen. Besuch bei einer gemüthskranken Verwandten.	1	21	30	52	Erstickg. i. Anfall
II.	1		63	verehlicht	Arzt		Febris gastrica. (?)	5		1	6	Septichæmie
III.	1		50	verehlicht	Wirth		Trunk; ökon. Ruin.	48		1	49	Marasmus
IV.	1		58	geschied.	Pastetenbäcker		Unglückliche Ehe.	48		6	54	Marasmus
V.	1		47	ledig	Bierbrauer		Herumziehendes Leben als alter Geselle.	10½		1	11½	Septichæmie
VI.	1		66	verehl.	Bauer		Trunk.	1½		½	2	Darmblutung
VII.	1		36	ledig	Bahnhofinspektor	Familiär	Excesse. Rapide Carrière. Oekonom. Verlegenheiten.	9½		2½	12	Hæmatoma d. M.
VIII.	1		41	verehl.	Prof. d. Mechanik	Famil. Phthisis	Unglückliche Ehe. Geistige Ueberanstrengungen. (Syphilis?)	2		10½	12½	Marasmus
IX.	1		54	verehl.	Wirth		Excesse.	24		3	27	Lungeninfarct
X.	1		50	verehl.	Schreiner		?	4		5	9	Pneumonie
XI.	1		37	verehl.	Fabrikant		Trunk.	19		7½	26½	Herzlähmung
XII.	1		44	verehl.	Buchhalter		Ausschliessl. Beschäftigung mit Zahlen.	15		3	18	Erysipelas
XIII.	1		44	verehl.	Controllbeamter		Ausschliessl. Beschäftigung mit Zahlen.	6		11	17	Marasmus
XIV.	1		38	verehl.	Archivar		Excesse.	3		7½	10½	Pleurit. tubercul.
XV.	1		43	geschied.	Glaser	erbliche	Trunk. Oekon. Ruin.	5		15½	20½	Bronchitis febr.

XVI.	1		54	verehl.	Holzhändler		Schande, Kummer, Trunk.	7½		7½	15	Pneumonie
XVII.	1		35	verehl.	Gasfabr.-Aufseher		Trunk. (?) Chron. Leuchtgasvergiftung (?)	24		3	27	Marasmus
XVIII.	1		41	ledig	gew. Offizier		Unstetes Leben. Excesse.	24		9	33	Pneumonie
XIX.	1		34	verehl.	Kaufmann		Geistige Ueberanstrengung.	36		30	66	Marasmus
XX.	1		27	verehl.	Spengler	Phthisis	Typhus (?)	5		32	37	Pneumonie
XXI.	1		41	verehl.	Mechaniker	Phthisis	Unglückliche Ehe. Oekon. Bedrängnisse. Trunk.	13		5	18	Marasmus
XXII.	1		39	verehl.	Briefträger		Fremde Dienste. Excesse. (Syphilis?)	25		5	30	Pyæmie
XXIII.	1		31	ledig	Militärinstructor		Excesse. Syphilis. (Mercurialismus?)	13		9	22	Pneumonie
XXIV.	1		34	verehl.	Architekt		Körperliche und geistige Strapazzen im Feldzug 1870/71.	5		29	34	Septichæmie
XXV.	1		31	verehl.	Bauer		Verdruss. (?)	2	14	29	45	Pneumonie
XXVI.	—	1	52	Wittwe	Bäuerin		Herumziehendes Jugendleben; unglückliche Ehe; Geiz, Trunk.	13		11	24	Pneumonie
XXVII.	1		45	verehl.	Wirth		Trunk. Oekon. Ruin.	26		14	40	Pneumonie
XXVIII.	—	1	42	Wittwe	Wirthin		Krankenpflege. Tod d. Mannes. Trunk.	4		12	16	Marasmus
XXIX.	1		34	ledig	k. pr. Officier		Feldzugs-Strapazzen 1870/71	1½		28	29½	Pneumonie
XXX.	1		26½	ledig	Kaufmann		Scrofulose. Syphilis. Geistige Ueberanstrengung.	5		2	7	Erysipelas
XXXI.	1		51	verehl.	Landjäger	Phthisis	Fremde Dienste. Kopfverletzungen.	4½		9½	14	Meningit. basil.
XXXII.	1		37	verehl.	Landjäger		Fremde Dienste. Intermittens. Syphilis. Schwerer Polizeidienst.	1	8½	3½	13	Pneumonie
XXXIII.	1		41	verehl.	Schreiner		?	11		1	12	Pneumonie
XXXIV.	1		40	verehl.	Honighändler		Trunk.	25		1	26	Pneumonie
XXXV.	1		35	verehl.	Lohnkutscher		Unstetes Leben. Trunk. Pecuniäre Verluste.	6½		2⅓	9	Lungeninfarct
XXXVI.	1		53	verehl.	Kaufmann	Famil. Phthisis	Excesse. Geistige Strapazzen. Pneumonie mit starken Aderlässen. (?)	18		9	27	Pneumonie

In weiterer Ausführung dieser Haupttabelle ergeben sich folgende Zusammenstellungen:

1. Geschlecht:

34 Männer — 2 Frauen.

2. Alter:

Von 26—30 Jahren: 2 Fälle.
- 31—35 - 7 -
- 36—40 - 6 -
- 41—45 - 10 -
- 46—50 - 3 -
- 51—55 - 5 -
- 56—60 - 1 -
- 61—65 - 1 -
- 66—70 - 1 -

3. Stand:

Ledig: 6.
Verehlicht: 26.
Geschieden: 2.
Verwittwet: 2.

4. Beruf:

Gelehrte: 5.
Handwerker: 8.
Militärs: 5.
Kaufleute: 9.
Bauern: 3.
Bierbrauer und Wirthe: 5.
Gasfabrikaufseher: 1.

5. Anlage:

Erbliche (d. h. in directer Linie ererbt): 1.
Familiäre: 3.
Phthisis: 3.
Familiäre und Phthisis: 2.
Nichts nachweisbar: 27.

6. Wahrscheinliche Krankheits-Ursachen:

a. Geistige und körperliche Strapazzen: 13.
b. Trunk: 6.
c. Excesse in Venere: 7.
d. Syphilis oder begründeter Verdacht auf Syphilis: 5.
e. Missliche eheliche oder ökonomische Verhältnisse: 10.
f. Kopfverletzungen: 2.
g. Febrile Zustände: 3.
h. Herumziehendes Leben; fremde Dienste: 7.
i. Chron. Leuchtgasvergiftung: 1.
k. Mercurialismus: 1.

7. Krankheitsdauer vor der Aufnahme:

A) Nach Monaten berechnet:
a) Unter 5 Monat: 15.
b) - 6—10 - 5.
c) - 11—15 - 5.
d) - 16—20 - 2.
e) - 21—25 - 5.
f) - 26—30 - 1.
g) - 31—35 - —.
h) - 36—40 - 1.
i) - 41—45 - —.
k) - 46—50 - 2.

B) Nach Jahren berechnet:
a) Unter 1 Jahr: 21.
b) - 1—2 - 9.
c) - 2—3 - 4.
d) - 3—4 - 2.

8. Beurlaubt:

3 Fälle.

9. Hierseitige Verpflegung:

A) Nach Monaten berechnet:
a) Unter 5 Monat: 16.
b) - 6—10 - 9.
c) - 11—15 - 5.
d) - 16—20 - —.
e) - 21—25 - —.
f) - 26—30 - 5.
g) - 31—35 - 1.

B) Nach Jahren berechnet:
a) Unter 1 Jahr: 28.
b) - 1—2 - 2.
c) - 2—3 - 6.

10. Krankheitsdauer:

A) Nach Monaten berechnet:
- *a*) Unter 5 Monat: 1.
- *b*) - 6—10 - 4.
- *c*) - 11—15 - 7.
- *d*) - 16—20 - 5.
- *e*) - 21—25 - 3.
- *f*) - 26—30 - 7.
- *g*) - 31—35 - 2.
- *h*) - 36—40 - 2.
- *i*) - 41—45 - 1.
- *k*) - 46—50 - 1.
- *l*) - 51—55 - 2.
- *m*) - 56—60 - —.
- *n*) - 61—65 - —.
- *o*) - 66—70 - 1.

B) Nach Jahren berechnet:
- *a*) Unter 1 Jahr: 9.
- *b*) - 1—2 - 11.
- *c*) - 2—3 - 9.
- *d*) - 3—4 - 3.
- *e*) - 4—5 - 3.
- *f*) - 5—6 - 1.

11. Unmittelbare Todesursache:
- a) Pneumonie 13.
- b) Lungeninfarct: 2.
- c) Bronchitis febrilis: 1.
- d) Pleuritis (Tuberculose): 1.
- e) Herzlähmung: 1.
- f) Darmblutung: 1.
- g) Hæmatoma d. M: 1.
- h) Meningitis basilaris: 1.
- i) Erstickung im Anfall: 1:
- k) Marasmus: 8.
- l) Occidentelle Wund-Krankheiten: 6.

Hier möchte ich nur eine Bemerkung beifügen.

Das Resultat von Nr. 5, die Anlage betreffend, ist so überraschend und aller sonstigen Erfahrung widersprechend, dass man von vorneherein berechtigt ist, an der Richtigkeit dieser Zahlen, resp. Angaben zu zweifeln. Denn bei keiner einzigen Psychose kann man so a priori eine hohe Procentziffer der ererbten Anlage annehmen, wie bei der prog. Paralyse. Ich habe schon oben betont, dass jetzt fast allgemein eine gewisse Degenerescenz des Gehirns als Grundbedingung für Entstehung der Paralyse angenommen wird; eine solche Degenerescenz findet aber ihren günstigsten Boden in einem Gehirn, das durch ererbte Anlage irgendwie vom Normalen abweicht; namentlich wenn man unter der ererbten Anlage nicht nur reine Psychosen, sondern auch, wie es neuerdings immer mehr geschieht, andere constitutionelle Krankheiten, vor Allem Phthisis, begreift.

II. Statistik der Symptome.

A. Initial-Symptome:
- a. Beginn mit ausschliessl. psych. Symptomen: 26 Fälle.
- b. Beginn mit ausschliessl. motor. Symptomen: 3 Fälle.
- c. Beginn mit gleichzeitig psych. und motor. Symptomen: 7 F.
- d. Cephalalgien: 4 Fälle.
- e. Schwindelanfälle: 3 Fälle.
- f. Schlaflosigkeit: 11 Fälle.
- g. Schlafsucht: 1 Fall.
- h. Depress. Stimmungen: 10 F.
- i. Exaltierte Stimmungen: 13 F.
- k. Folie circulaire: 1 F.
- l. Abnahme des Gedächtnisses: 17 F.
- m. Grössenwahn: 8 F.
- n. Excesse: 8 F.
- o. Eingriffe in fremdes Eigenthum: 1 F.
- p. Leichte Umänderungen des bisherigen Characters: 22 F.
- q. Pupillenveränderungen: 4 F.
- r. Rheumatoide Schmerzen: 2 F.
- s. Paralytische Anfälle: 6 F.
- t. Gewaltthätigkeiten: 3 F.

B. Sprachstörung: 34 Fälle.
- a. Sprachstörung vor den Motilitätsstörungen der Extremitäten: 10 F.
- b. Motilitätsstörungen der Extremitäten vor der Sprachstörung: 4 F.

C. Gehstörung: 34 F.

D. Motilitäts-Störungen der obern Extremitäten: 19 F.

E. Pupillenveränderungen: 29 F.
- A. Pupillenerweiterung: 24 F.
  - *a*) rechts: 12 F.
  - *b*) links: 7 F.
  - *c*) beidseitig: 5 F.
- B. Pupillenverengerung: 7 F.
  - *a*) rechts: —.
  - *b*) links: 1 F.
  - *c*) beidseitig: 6 F.
- C. Formen-Veränderungen der Pupillen: 5 F.
- D. Beeinträchtigung d. Reaction: 18 F.
- E. Totaler Verlust d. Reaction: 2 F.

F. Facialislähmungen: 17 F.
- a. Vollständige: —.
- b. Unvollständige: 17 F.

G. Deviation der Zunge: 20 F.
- a. nach rechts: 9 F.
- b. nach links: 9 F.
- c. Angabe fehlt: 2 F.

H. Tremor der Zunge: 27 F.
- a. mit Deviation d. Zunge: 17 F.
- b. Deviation der Zunge ohne Tremor: 3 F.
- c. Tremor der Zunge ohne Deviation: 10 F.

I. Deviation der Uvula: 12 F.
- a. nach rechts: 3 F.
- b. nach links: 8 F.
- c. Angabe fehlt: 1 F.

K. Verhältnisse zwischen Facialislähmung u. Abweichung d. Zunge, resp. der Uvula:
- A. Deviation d. Zunge u. Uvula: 10 F.
  - *a*) auf die gleiche Seite: 7 F.
  - *b*) auf die entgegengesetzte Seite: 3 F.
- B. Facialislähmung mit Deviation der Zunge u. der Uvula: 5 F.
  - a) Alle 3 gleichseitig: 2 F.
  - b) Zwei gleichseitig: 3 F.

a) Facialisl. u. Dev. der Zunge: 2 F.
b) Dev. der Zunge u. der Uvula: 1 F.
c) Facialisl. und Dev. der Uvula: —.

C. Verhältniss der Deviation der Zunge zur Facialis-Lähmung bei nicht deviierender Uvula:
a) auf die gleiche Seite: 4 F.
b) auf die entgegengesetzte Seite: 2 F.

D. Verhältniss der Deviation d. Uvula zur Facialis-Lähmung bei nicht deviierender Zunge:
a) gleichseitig: 1 F.
b) nicht gleichseitig: —.

L. Grössenwahn u. exquisites Wohlgefühl: 29 F.

M. Sammeltrieb: 4 F.

N. Zerstörungssucht: 11 F.

O. Incontinenzen: 9 F.
a. der Blase allein: 3 F.
b. des Mastdarms allein: —.
c. beider zusammen: 6 F.

P. Contracturen: 5 F.

Q. Paralytische Anfälle: 23 F.
a. Apoplectiforme Anfälle: 14 F.
b. Epileptiforme Anfälle: 14 F.
c. Apoplectiforme und Epileptiforme Anfälle zusammen: 5 F.
d. Apoplectif. Anf. allein: 9 F.
e. Epileptif. Anf. allein: 9 F.
f. Ungefähre Gesammtzahl aller paralyt. Anfälle: 163.
a) apoplectif. Anf.: 33.
b) epileptif. Anf.: 130.

g. Fälle mit 1, 2, 3 etc. paralyt. Anfälle:

mit	1	Anf.:	7 F.
-	2	-	2 -
-	3	-	2 -
-	4	-	3 -
-	5	-	1 -
-	7	-	2 -
-	12	-	1 -
-	14	-	1 -
-	16	-	1 -
-	20	-	1 -
-	25	-	1 -
-	28	-	1 -

h. Fälle mit 1, 2, 3 etc. apopl. Anfälle:

mit	1	Anf.:	10 F.
-	3	-	1 -
-	4	-	1 -
-	7	-	1 -
-	9	-	1 -

i. Fälle mit 1, 2, 3 etc. epileptif. Anfälle:

mit	1	Anf.:	1 F.
-	2	-	2 -
-	3	-	1 -
-	4	-	2 -
-	5	-	1 -
-	6	-	1 -
-	7	-	1 -
-	11	-	1 -
-	13	-	1 -
-	20	-	1 -
-	25	-	1 -
-	27	-	1 -

R. Decubitus: 14 Fälle.

III. Statistik der auf die progr. Paralyse bezüglichen Sectionsbefunde.

A. Veränderungen des Schädeldachs: 27 Fälle.

a. Osteophyten: 2 F.
b. Verdickung: 22 F.
c. Sclerose: 20 F.
} Maximum: ½ Zoll.

B. Veränderungen d. Dura M.: 30 F.

a. Hæmatom: 8 F.
b. Verdickung u. Trübung: 7 F.
c. Verwachsung mit dem Schädeldach: 19 F.
d. Verwachsung mit der Pia M.: 12 F.
e. Osteophytenbildung: 1 F.

C. Veränderungen der Pia M.: 36 F.

a. Verdickung: 27 F.
b. Trübung: 33 F.
c. Oedem: 30 F.
d. Adhærenz an die Hirnoberfläche: 21 F.
e. Kalkablagerungen: 2 F.
f. Anæmie: 2 F.
g. Hyperæmie: 8 F.

D. Veränderungen der Hirnrinde: 34 F.

A. Atrophie d. Windungen: 32 F.
a) Allgemeine Atrophie: 24 F.
b) Localisierte „ 8 F.
c) Atrophie mit Abplattung der Gyri: 15 F.
d) Atrophie mit Oedem und Trübung d. Pia M.: 31 F.
e) Atrophie mit Adhærenz d. Pia M.: 17 F.

B. Sclerose der Rinde: 5 F.
a) diffuse: 5 F.
b) in Heerden: —.

C. Erweichung der Rinde: 8 F.
a) diffuse: 7 F.
b) in Heerden: 1 F.

D. Anæmie: 7 F.

E. Hyperæmie: 5 F.

E. Veränderungen der Marksubstanzen: 35 F.

A. Sclerose: 14 F.
a) aller Theile: 13 F.
b) d. Centralhirns allein: 1 F.

B. Erweichung: 20 F.
a) aller Theile: 6 F.
b) d. Grosshirnhæmisphæren allein: 1 F.
c) d. Centralhirns allein: 10 F.
d) d. Kleinhirns allein: 3 F.

C. Anæmie: 7 F.

D. Hyperæmie: 16 F.

E. Oedem: 27 F.

F. Hydrocephalus internus: 30 F.

G. Ependymitis chronica: 35 F.

a. Hydroceph. int. mit Epend. chron.: 30 F.
b. Hydroceph. int. ohne Epend. chron.: —.
c. Epend. chron. ohne Hydroc. intern.: 5 F.

H. Atherom: 18 F.

a. d. Hirngefässe überhaupt: 4 F.
b. der Aorta überhaupt: 17 F.
c. der Hirngefässe allein: 1 F.
d. der Aorta allein: 14 F.
e. Beider zusammen: 3 F.

I. Chronische Ernährungsstörungen des Herzens, der Leber und der Nieren: 31 F.

a. Fettige Degeneration d. Herzmuskels: 16 F.
b. Fettige oder amyloide Degeneration der Leber: 23 F.
c. Fettige Degeneration der Nieren: 9 F.
d. Muskatnussleber: 2 F.
e. Lebercirrhose: 3 F.
f. Morb. Brighti: 7 F.
g. Fettige Degeneration d. Herzmuskels und der Leber zusammen: 13 F.